

Marina Steinbach

**A PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: SABERES DO
ENSINO E DO SERVIÇO**

Dissertação submetida ao
Programa de Pós
Graduação da
Universidade Federal de
Santa Catarina para a
obtenção do Grau de
Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a.
Daniela Lemos Carcereri

Coorientador: Prof^a. Dr^a.
Marta Lenise do Prado

Florianópolis

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da
Biblioteca Universitária da UFSC.

Steinbach, Marina

A preceptoría na residência multiprofissional: saberes do ensino e do serviço / Marina Steinbach ; orientadora, Daniela Lemos Carcereri ; coorientador, Marta Lenise do Prado. - Florianópolis, SC, 2015.
78 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Ensino na saúde. 3. Preceptoría. 4. Residência multiprofissional. I. Lemos Carcereri, Daniela. II. Lenise do Prado, Marta. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. IV. Título.

Marina Steinbach

**A PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: SABERES DO
ENSINO E DO SERVIÇO**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 08 de junho de 2015.

Prof.^a Isabel Cristina Santos Almeida, Dr.^a
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Daniela Lemos Carcereri, Dr.^a
Orientadora
UFSC

Prof.^o Marco Aurélio Da Ros, Dr.^o
UNIVALI

Prof.^a Marení Rocha Farias, Dr.^a
UFSC

Prof.^a Marta Inez Machado Verdi, Dr.^a
UFSC

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de agradecer primeiramente aos meus pais pois sem o apoio deles eu jamais teria conseguido chegar até aqui.

À minha orientadora Prof^a Daniela Lemos Carcereri, que me acompanhou desde a graduação, sempre acreditando em mim, e sendo muito mais que uma orientadora de mestrado, mas também uma amiga e orientadora de vida. Com sua alegria e “injeções de ânimo” por muitas vezes me animou durante esses períodos de convivência.

À minha coorientadora Prof^a Marta Lenise do Prado, por sua disposição, compreensão, e motivação nos momentos difíceis, e principalmente por seus ensinamentos que me fizeram admirar ainda mais as enfermeiras.

Ao Prof^o João Carlos Caetano, por todos os seus conselhos e seus “ouvidos”, pelo carinho que sempre teve comigo, e por me ensinar que “na vida o que importa são os afetos, o resto é cenário”. Sou muito grata por ter tido a oportunidade de ser sua aluna, de Saúde Pública e de vida.

Aos professores Marco Aurélio Da Ros, Mareni Rocha Farias e Marta Inez Machado Verdi, membros da banca, por separarem um pouco de seu precioso tempo para contribuir com o enriquecimento deste trabalho.

Aos preceptores que aceitaram participar da pesquisa e com toda paciência me receberam para as entrevistas. Pude perceber que há muito mais pessoas interessadas na melhoria do ensino do que eu imaginava.

À Ana Maria Vieira Frandalozo, secretária do Programa de Pós-graduação em Odontologia, que muito me auxiliou nas horas que precisei, e muitas vezes quando não restavam muitas horas.

A todos os meus amigos pela compreensão e companhia nos momentos felizes, e nos momentos não tão felizes também.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Interdisciplinaridade, Educação e Saúde (GIS), que muito contribuiu com a minha formação, tanto através de novos conhecimentos quanto pelas novas amizades que lá fiz.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-graduação em Odontologia (PPGO), por proporcionar-me educação de qualidade, e todas as experiências que tive durante esse período que sem dúvida foram essenciais para a minha formação.

À Prefeitura Municipal de Florianópolis por me permitir executar essa pesquisa, e acreditar na importância da mesma.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, através da bolsa de mestrado.

E a todos os outros que de alguma forma participaram desse processo, e colaboraram de alguma forma na construção deste trabalho.

Hoje mais do que nunca, os homens precisam esclarecer teoricamente sua prática social e regular conscientemente suas ações como sujeitos da história. E para que essas ações se revistam de um caráter criador, necessitam também – hoje mais do que nunca – de uma elevada consciência das possibilidades objetivas e subjetivas do homem como ser prático, ou seja, uma verdadeira consciência da práxis. (Sánchez Vázquez, 2007)

RESUMO

Introdução: No início de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família, que dentre outras necessidades para sua efetivação requeria um profissional com formação generalista, com compromisso ético e responsabilidade social. O Sistema Único de Saúde, ao propor um novo modelo de atenção, gerou a necessidade de um novo perfil profissional, imprescindível para o sucesso do Programa que em 2006 se configurou na Estratégia Saúde da Família. As Residências Multiprofissionais em Saúde, com sua proposta de vivência da prática cotidiana, na qual o profissional mais experiente, o preceptor, auxilia o residente a adquirir as competências necessárias para atuação no novo modelo são uma das formas de construir esse novo perfil. **Objetivo:** compreender de que forma os preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) desenvolvem sua função. **Método:** pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória caracterizada como estudo de caso único (Yin, 2010) A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental e de entrevistas semiestruturadas realizadas com 13 preceptores e ex-preceptores. Os dados foram analisados segundo a Análise Temática de Minayo (2015), sob o referencial da prática reflexiva, de Donald Schön (1987). **Resultados e discussão:** os resultados foram agrupados em 7 categorias: 1- Experiências com o SUS durante a formação e/ou trajetória profissional - aproximações e distanciamentos, 2 - Inclinação para atividade docente, 3 - Caindo de para quedas -como eu me tornei preceptor(a), 4 - Preceptorando e sendo preceptorado - a dinâmica preceptor-residente, 5 - Os preceptores pensando o seu processo de trabalho, 6 - Dores e delícias de ser preceptor, 7- Conflitos do mundo do trabalho com o mundo da escola. Os preceptores desenvolvem sua função convivendo com o sentimento de insegurança reportado à pouca capacitação, e com a falta de tempo para preceptorar devido às exigências impostas pelo mundo do trabalho. Perseveram e acreditam na preceptoría motivados pelo sentimento de gratidão por participar de uma formação de qualidade, oportunidade de renovar sua prática e o contato com o meio acadêmico. **Conclusões:** O estudo aponta necessidade de formação dos preceptores, principalmente relativa aos saberes pedagógicos com base na prática reflexiva e à necessidade de

equacionar o tempo de dedicação do preceptor ao mundo da escola e ao mundo do trabalho.

Palavras-chave: ensino na saúde. preceptoria. residência multiprofissional.

ABSTRACT

Introduction: In 1994, the Ministry of Health launched the Family Health Program, which among other needs for its execution required a professional with generalist, with ethical commitment and social responsibility. The Health System by proposing a new model of care, prompted the need for a new professional profile, essential for the success of the program in 2006 is configured in the Family Health Strategy. In this context attention turned to multidisciplinary residences in health, because its proposal is experience of daily practice, in which the most experienced professional, the teacher, helps the resident to acquire the skills necessary to operate in the new model. **Objective:** To understand how the preceptors of the Multidisciplinary Residency in Family Health (REMULTISF) develop its function. **Method:** qualitative research, descriptive and exploratory characterized as a single case study (Yin, 2010). Data collection was performed by means of document analysis and semi-structured interviews with 13 former preceptors and mentors. Data were analyzed according to the thematic analysis of Minayo (2015), under the framework of reflective practice, Donald Schön (1987). **Results and discussion:** The results were grouped into seven categories: 1. Experiences SUS during training and / or professional career - similarities and differences, 2 - Tilt teaching activity, 3 - Falling for the Falls - as I became preceptor (a) 4 - Preceptorando and being preceptorship - the preceptor-resident dynamic 5 - The preceptors think your work process, 6 - Pain and delights to be preceptor, 7 - Conflicts the world of work with the school world. The tutors develop their function living with the fear of crime reported to poor training, and lack of time to preceptorar due to the demands imposed by the world of work. They persevere and believe in preceptorship motivated by a sense of gratitude for participating in quality training, opportunity to renew their practice and contact with academia. **Conclusions:** The study shows the need for training of mentors, especially concerning pedagogical knowledge based on reflective practice and the need to equate the time of the dedication of the teacher to the world of school and the world of work.

Keywords: education in health, preceptorship, multi residence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Pré-análise dos dados.....	37
Figura 2: Exploração do material.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPESH	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
CNRMS	Comissão Nacional da Residência
Multiprofissional em Saúde	
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MIT	Instituto de Tecnologia de Massachusetts
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OSTI	Organização para a inovação Social e Técnica
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Pró-Ensino	Programa Nacional de Desenvolvimento
Docente em Saúde	
PSF	Programa de Saúde da Família
REMULTISF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1 AS MUDANÇAS DO SERVIÇO DE SAÚDE NO BRASIL.....	20
3.2 O “NOVO” ENSINO NA SAÚDE NO BRASIL.....	22
3.3 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	25
3.4 O PAPEL DO PRECEPTOR NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO.....	28
4. REFERENCIAL TEÓRICO – A PRÁTICA REFLEXIVA POR DONALD SCHÖN.....	31
5 PERCURSO METODOLÓGICO	33
5.1 LOCAL DA PESQUISA.....	33
5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
5.2 PRÉ-TESTE DAS ENTREVISTAS	35
5.3 COLETA E REGISTRO DE DADOS	35
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	36
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
8 REFERÊNCIAS	68
9 APÊNDICES.....	74
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	74
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
APÊNDICE C – QUADRO DE CATEGORIAS	78

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos diversas mudanças ocorreram no cenário da Saúde no Brasil, dentre elas a Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a promulgação da Constituição Federal de 1988, entre outros que levaram a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988; 1990; MORETIPIRES, BUENO, 2008; POLIGNANO 2001).

Na educação, outras modificações também ocorreram, apesar de um pouco mais tardiamente, como a Lei 9.394 que em 1996 estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional (LDB), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em 2001 (BRASIL, 1996; 2001). Tais documentos reformulam a formação contemporânea e explicitam as competências dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade como por exemplo a atuação multiprofissional.

A partir da Constituição Federal de 1988, no seu artigo 200 inciso III, passou a ser competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, foi colocado em pauta a responsabilidade do Ministério da Saúde na formação dos recursos humanos para atuação no SUS.

Muitas discussões surgiram sobre o modelo do profissional de saúde, no sentido de romper o tradicional modelo biomédico, centrado no hospital e na atenção curativa, e com profissionais segregados em especialidades. Até hoje busca-se um modelo orientado para a integralidade da assistência, centrado na promoção da saúde, onde os profissionais executem suas funções de forma multidisciplinar.

Então se o objetivo é formar profissionais preparados para atuar neste Sistema, o SUS, porque não edificar seu aprendizado dentro deste contexto? A exemplo desse pensamento surgiram os Programas de Residências, inicialmente as médicas e posteriormente as multiprofissionais. A proposta desses programas é a formação em serviço, onde o residente é amparado por um profissional mais experiente, o preceptor, enquanto vivencia o serviço.

O preceptor é um profissional do serviço, que possui ao menos uma especialidade, e que é responsável por auxiliar o

residente durante a duração do programa. Entretanto esse profissional, muitas vezes não possui uma formação acadêmica de “professor”, apesar de em diversas situações cotidianas atuar como tal junto ao residente.

Diante do exposto, se faz importante caracterizar a atuação dos preceptores que atuam na Residência Multiprofissional em Saúde, buscando compreender de que forma realizam a atividade de preceptoria.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender de que forma os preceptores desenvolvem sua função na REMULTISF - UFSC, à luz do referencial de Donald Schön.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a preceptoria na REMULTISF - UFSC;

- Descrever as ações pedagógicas de preceptoria desenvolvidas na formação profissional em saúde dos residentes da REMULTISF - UFSC.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 AS MUDANÇAS DO SERVIÇO DE SAÚDE NO BRASIL

No início de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF), uma estratégia de organização da Atenção Primária, que valoriza princípios como: territorialização, vínculo com a população, garantia de integralidade na atenção, equipe multidisciplinar, ênfase na promoção de saúde, incentivo da participação da comunidade, entre outros (SOUZA, 2000).

Estimulando a transformação do processo de trabalho em saúde com o advento das equipes de saúde da família, o PSF veio para finalmente incorporar ações em saúde voltadas para o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo valer seus princípios de universalidade, integralidade e igualdade.

Em 21 de outubro de 2011 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF). A Estratégia Saúde da Família consiste em uma proposta do Ministério da Saúde, que iniciou em 1994 como um programa, o PSF, e passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família após alguns anos, mantendo esta denominação até hoje. A nova denominação corresponde à mudança de perspectiva, que passa de programa para uma estratégia estruturante de um novo modelo assistencial. Busca assistir os indivíduos em seu contexto familiar e social, na perspectiva da integralidade e da equidade, valorizando os aspectos culturais e acolhendo as demandas de indivíduos e grupos.

A assistência da Saúde da Família deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais na perspectiva da interdisciplinaridade, operacionalizada mediante a implantação dessas equipes em unidades básicas de saúde. Diversos autores se referem ao trabalho em equipe como possibilidade de realização do atendimento integral, e da articulação dos saberes e disciplinas necessárias na atenção em saúde (CIAMPONE, 2000; FORTUNA, 1999; MATTOS, 2001). Sendo assim, o trabalho em equipe é uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do atual modelo de assistência em saúde (CIAMPONE, 1999)

Na ESF, a equipe é formada minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a doze

agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011). Além da equipe mínima, existem duas modalidades de Equipe de Saúde Bucal (ESB): modalidade I com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal e modalidade II, com a inclusão do técnico em saúde bucal, além dos outros dois profissionais citados anteriormente (BRASIL, 2011a).

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação da saúde e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2008).

Além dessas ações, outras também se destacam, como programação e implementação das atividades de atenção à saúde; desenvolvimento de ações que priorizem os grupos e fatores de risco; acolhimento com escuta qualificada; provimento da atenção integral, contínua e organizada; realizações de ações na UBS, domicílio e outros locais comunitários; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população, de maneira individual e coletiva, na busca da qualidade de vida do usuário; implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão; participação no planejamento local de saúde e desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2008).

A ESF tem como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença. E deve dar condições para que a equipe multiprofissional seja capaz de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor novas práticas (RABELLO, 2001).

A implantação de um novo sistema significa uma profunda reorganização, substituição de antigos princípios e valores e introdução de novas diretrizes. E, para isso, torna-se necessário uma mudança em todos os participantes desse novo sistema: gestores, profissionais e usuários. É necessário que todos os atores desse processo compreendam o verdadeiro significado dessa mudança para que não se restrinja apenas à troca de nomenclatura do modelo vigente.

Ao se propor um novo modelo de atenção, propõe-se também um novo perfil profissional, sendo imprescindível para o sucesso da nova estratégia que tanto os novos quanto os antigos

integrantes assumam o compromisso com a remodelação, adquirindo e mantendo esse novo perfil.

Em 2007 o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) já apontou a falta de profissionais com perfil e capacidade técnica para atuar nas equipes como um dos nós críticos mais citados (BRASIL, 2007). E com isso surge o desafio de formar um profissional crítico, que saiba refletir sobre suas ações afim de transformar a sua prática.

3.2 O “NOVO” ENSINO NA SAÚDE NO BRASIL

Mudanças advindas da reformulação dos currículos dos cursos de graduação na saúde estão auxiliando na formação do novo perfil profissional demandado pela atual conjuntura social.

Com currículos organizados de forma fragmentada, ignorando a interdisciplinaridade, e escassa integração entre teoria e prática jamais seria possível a formação de um profissional generalista para atuar na Saúde da Família. Esse tipo de formação do profissional faz com que sua atuação, ao ser contratado para trabalhar na ESF, muitas vezes, se reduza ao consultório. E com isso, seja pela concepção do modelo assistencial, pela organização do serviço ou prática de trabalho deficiente, percebe-se a desvalorização ou mesmo inexistência de orientação de ações de saúde coletiva (BRASIL, 1994).

Então, desde 2001 o ensino na área da saúde vem sendo orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) na formação geral e específica dos futuros profissionais, que também deve estar em consonância com o SUS (BRASIL, 2002).

O modelo proposto pelo ESF, bem como pelo SUS, não requer apenas um profissional com formação generalista, mas com compromisso ético e responsabilidade social, a fim de garantir a efetivação dos princípios do SUS. Esses profissionais devem ser qualificados segundo as diretrizes do PSF, com um novo olhar para a formação clínica e conteúdos de Saúde Pública (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004). Ou seja, profissionais com perfil de cuidador que saibam trabalhar na dinamicidade do sistema de saúde, através de intervenção interdisciplinar.

Com o intuito de atingir esse objetivo, juntamente com a reformulação do sistema de saúde e das DCNs ocorre um processo de transição também na educação dos profissionais de saúde na

graduação e pós-graduação. Um processo que vem abandonando o modelo tradicional para adotar um modelo emergente de ensino. No modelo tradicional, o ensino é centrado no professor, com ênfase na transmissão do conhecimento, a conhecida “educação bancária” na qual o estudante é depositário dos conhecimentos do professor. Enquanto no ensino emergente estimula-se a autonomia do estudante, para que este seja o centro do processo ensino-aprendizagem, visando à formação de um profissional crítico e reflexivo (FREIRE, 1996; CUNHA, 1998; SOUZA, CARCERERI, 2011).

Para auxiliar na superação dos desafios e dificuldades enfrentadas na formação em saúde no Brasil surgiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que visa a reorientação da formação para atender às demandas do SUS (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Programas como o Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo trabalho em Saúde (PET-Saúde) e o Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde (Pró-Ensino), são sinais visíveis da articulação interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação e de investimento no aumento do foco da graduação na Atenção Primária (VICTORA et al, 2011). Estes programas objetivam principalmente formar profissionais com perfil adequado às necessidades sociais, implicando fomentar a capacidade de aprender a aprender, trabalhar em equipe, comunicar-se, ter agilidade diante das situações, ter capacidade propositiva, habilidade crítica, ser ético e justo (FERREIRA, 2006; ARAUJO, ZILBOVICIUS, 2008; CARCERERI et al., 2011).

Sendo assim, a educação superior deve preparar o profissional para a construção do seu conhecimento, conduzindo, de maneira contínua, em direção a uma formação integral (ARAÚJO, 2006). A dinâmica do processo ensino-aprendizagem se altera com a ênfase no aprender a aprender – não somente os conteúdos, mas competências, habilidades, atitudes, interdisciplinaridade e integralidade na atenção -, e com o fato histórico de interação entre saúde e educação, na gênese de competências gerais comuns a todos os cursos de graduação da área da saúde (CARVALHO, KRIGER, 2006).

Além disso, é necessário ressaltar a importância de fomentar desde o início na educação profissional o “costume” do trabalho interdisciplinar, visando atender as necessidades em saúde do contexto atual. A interdisciplinaridade é o encontro de

pesquisadores de várias áreas do conhecimento contribuindo para uma abordagem coletiva, a fim de compreender o fenômeno em questão, e não uma invasão de campo de conhecimento. A interdisciplinaridade coloca as disciplinas em diálogo entre si de modo a permitir uma nova visão da realidade. É uma modalidade de atuação científica que exige uma profunda compreensão de seu significado científico e educacional, manifestando-se pelo diálogo e troca de conhecimentos, análises, métodos entre duas ou mais disciplinas ou na resolução de um problema (MASETTO, 2006; MORIN, 1999).

Certamente que é importante o estudante possuir o domínio dos aspectos biológicos e clínicos de sua área de atuação, contudo, é de cada vez mais premente o desenvolvimento de habilidades nas dimensões éticas, política, econômica, cultural e social de seu trabalho. O que se busca são profissionais com foco deslocado para a promoção de saúde, com aptidões para trabalhar na saúde coletiva, familiar e individual (MOYSÉS, 2003).

Para Cecim (2005) a Educação Permanente em Saúde (EPS) seria uma estratégia fundamental para reorganizar as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. O autor percebe que a EPS direciona o processo educativo no cotidiano do trabalho, ajudando a construir espaços coletivos para reflexão das ações realizadas no dia-a-dia, contribuindo com a formação do profissional de saúde à medida que consolida o pacto entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino.

É importante ressaltar a diferença entre EPS e as já conhecidas capacitações, qualificações, e outras atividades que fazem parte da Educação Continuada. A EPS é realizada “a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm”, e pode ser compreendida como aprendizagem-trabalho, pois acontece no dia-a-dia das pessoas e das organizações (BRASIL, 2005). Para o Ministério da Saúde (2005) a EPS se fundamenta na aprendizagem significativa, onde se acumula, e renova, experiências, e esta acontece quando aprender algo novo faz sentido para quem está aprendendo. O poder transformador da EPS existe porque ela é baseada na reflexão de estudantes e trabalhadores sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam, e nesse exercício surgem perguntas e respostas, que servem de alicerce para a EPS (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde propõe que na EPS a formação e o desenvolvimento devem acontecer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, objetivando a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento de habilidade de aprender e de ensinar de todos os envolvidos no processo, a busca de maneiras criativas de resolução dos problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, entre outros (BRASIL, 2005).

3.3 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

As mudanças tanto no perfil profissional quanto nas formas de educar no Brasil acabaram por aproximar a teoria da prática. Para Koerich e Erdmann (2003) a formação do profissional da saúde se movimenta do “aprender a fazer” e para o “aprender a aprender” para que isso ocorra é necessária uma aproximação entre trabalho e educação afim de estabelecer uma relação dialética de ensino aprendizagem para a prática e vice-versa.

No Brasil a política de educação na saúde é organizada através da integração do ensino com a rede prestadora de serviços do SUS, constituindo um ato pedagógico de aproximação dos profissionais da rede de serviços de saúde às práticas pedagógicas e aos professores dos processos de atenção em saúde, proporcionando assim a inovação e a transformação dos processos de ensino e de prestação de serviços (HADDAD, 2011).

Campos, em 1999, já discutia a inadequação de hospitais universitários para o ensino da graduação de médicos para clínica integral e propunha o deslocamento dos espaços de ensino para centros de saúde, hospitais-dia, domicílios, comunidade, escolas, entre outros, o que implicaria na articulação das escolas com o SUS. Se o objetivo é formar profissionais preparados para atuar em um serviço específico, porque não edificar seu aprendizado nesse local?

Segundo alguns autores, para garantir uma efetiva integração do ensino com as redes de serviços, é preciso entender o SUS como um interlocutor essencial das escolas na formulação e implementação dos projetos pedagógicos na formação de recursos humanos e não apenas como um campo de estágio (MORITA, KRIEGER, 2003; MELLO et al (2012).

Nesse contexto, as atenções se voltaram às Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que apesar de terem sido

criadas recentemente, vêm ganhando cada vez mais importância nas discussões sobre o novo perfil profissional. Apoiadas desde 2002 pelo Ministério da Saúde através de um financiamento regular para os Programas, as RMS têm reconhecimento de sua potencialidade política e pedagógica, e visa contribuir tanto para a formação dos profissionais quanto modificar o desenho tecno-assistencial do SUS (BRASIL, 2006).

No Brasil, os programas de residência tiveram início em 1944, com a residência em ortopedia da Universidade de São Paulo (SKARE, 2012). Na década de 70 já existiam diversos programas de residência médica, e estes estavam em um momento de valorização e expansão devido ao mercado especialista, baseado na saúde intervencionista, biologicista e hospitalocêntrico da época (BOTTI, 2009).

A proposta do programa de residência é a formação em serviço, proporcionando a vivência da prática cotidiana do profissional, onde o profissional mais experiente auxilia o residente a adquirir as competências necessárias para aquela especialidade. Esse tipo de formação é considerado o “padrão ouro” da especialização médica, sendo desde 1977 reconhecido como pós-graduação *lato sensu*.

A primeira residência multiprofissional no Brasil surgiu em 1978 com o reconhecimento da primeira Residência em Medicina Comunitária, que foi criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 1976, como residência multiprofissional (BRASIL, 2006).

Após esse início muitas mudanças ocorreram no cenário da saúde no Brasil, entre elas o Movimento da Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a criação do SUS, junto com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, e o PSF após o sucesso da atuação dos agentes comunitários em Saúde (BRASIL, 2006).

E em 1999 responsáveis pelo Movimento Sanitário se uniram ao então Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde formando grupos interessados em criar e reinventar as residências em saúde de família, nos moldes de Residência Multiprofissional. Apesar de manter a especialidade de cada profissão, haveria uma área comum a todas na qual estariam presentes valores de saúde pública acrescentando promoção da saúde, integralidade da atenção e acolhimento (BRASIL, 2006).

Em 2002 foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, integrando as profissões da área da saúde, financiadas pelo Ministério da Saúde. Nessa mesma época, o Ministério da Saúde, com a intenção de cumprir o Art. 200 da Constituição Federal e criar uma política que valorizasse o trabalhador do SUS, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2006).

Finalmente em junho de 2005, junto à instituição do Pró-jovem, foi criada através da Lei nº11.129 a Residência em Área Profissional da Saúde, exceto na área médica, e no mesmo ano a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 criou a Residência Multiprofissional em Saúde. Entretanto, diferente das Residências Médicas, as Residências em outra área da saúde são certificadas como especializações, apesar de a carga horária ser bastante superior à das especializações (BRASIL, 2006).

A Resolução nº 02 de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), define as diretrizes gerais para esse programa de formação. Institui-se a duração mínima dos programas em 2 anos, as profissões componentes: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, a carga horária de 60 horas semanais, entre outras diretrizes (BRASIL, 2012).

Recentemente, no ano de 2014, Resolução CNRMS nº 05 de 07 de novembro de 2014, estabeleceu que a carga horária mínima total para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde é de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas. Sendo que esse tempo deve ser 80% dedicado a estratégias educacionais práticas e teórico práticas com garantia de ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% dedicado a estratégias educacionais teóricas (BRASIL, 2014).

A Resolução nº 5 ainda explicita o que são consideradas estratégias educacionais práticas, teóricas e teórico-práticas:

“§ 1º Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial. § 2º Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde

Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados. § 3º As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial.”

3.4 O PAPEL DO PRECEPTOR NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Com a finalidade de auxiliar os graduandos de medicina nas práticas dos internatos e residências médicas surgiu o preceptor, e com o tempo sua atuação se expandiu para as outras áreas da saúde, como enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia, entre outros. Hoje os preceptores atuam nas mais diversas áreas da saúde e não apenas com alunos de graduação, mas também nas especializações.

Para Mills (2005) o preceptor é o profissional que não é da academia, mas que possui um importante papel na inserção e socialização dos estudantes no ambiente de trabalho. Segundo Armitage (1991), o preceptor tem o papel de estreitar a distância entre a teoria e a prática. Encontram-se diferentes definições para a atividade de preceptor na literatura, entre elas: ensinar, orientar, dar suporte, desenvolver habilidades práticas, compartilhar experiências, entre outros (BOTTI; REGO, 2008).

Armitage complementa dizendo que o preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, auxiliando o profissional em fase de formação a desenvolver estratégias exequíveis para resolver os problemas com os quais se defronta, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades (ARMITAGE, 1991). Além disso, espera-se que a relação entre o preceptor e o discente seja horizontal, que o ato de pensar e de construir hipóteses seja estimulado e que aluno descubra, nesta relação, a importância do trabalho coletivo (BARRETO et al., 2011).

O preceptor atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, exclusivamente na área e no momento da prática clínica. Sua atividade ocorre durante um curto período de tempo, em encontros formais, com o objetivo de auxiliar o aluno ou recém-graduado em seu progresso clínico (BOTTI; REGO, 2008). Sua

função de mediador entre teoria e prática evidencia a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno (REGO, 1994). Sendo assim, o preceptor possui um papel fundamental na apropriação, por parte dos estudantes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes (BARETTO, 2011).

Sem uma adequada preceptoria, os alunos ficam desamparados nos serviços e, acabam expostos à má prática, “desaprendendo” e ampliando a desilusão quanto ao trabalho na saúde pública e à realização das diretrizes do SUS. Sua função de mediador entre teoria e prática evidencia a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno (REGO, 1994).

Na Residência Multiprofissional em Saúde o preceptor é um profissional da mesma área profissional do residente, vinculado a instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista, e que tem a função de supervisionar diretamente as atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa (BRASIL, 2012).

O Art.14 da Resolução CNRMS nº 2 de 13 de abril de 2012, determina as seguintes competências para o preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde:

“I - Exercer a função de orientador de referência para o (s) residente (s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II - Orientar e acompanhar, com suporte do (s) tutor (es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;

III - Elaborar, com suporte do (s) tutor (es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IV - Facilitar a integração do (s) residente (s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de

formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

V - Participar, junto com o (s) residente (s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

VI - Identificar dificuldades e problemas de qualificação do (s) residente (s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao (s) tutor (es) quando se fizer necessário;

VIII - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo (s) residente (s) sob sua supervisão;

IX - Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;

X - Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

VI - Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.”

Nos programas de residência o preceptor vivencia a função de professor ensinando o trabalho. Essa educação no trabalho é traduzida por interações nas relações interpessoais e baseada na comunicação descrita pela conjuntura do trabalho em saúde (SILVA; PEDUZZI, 2011).

O professor/preceptor dedicará uma parte importante de suas atividades para orientar e direcionar o aluno em sua formação acadêmica, pessoal e profissional. E o aluno abrirá uma infinidade de espaços e recursos síncronos e assíncronos curriculares até agora cobertos apenas em práticas de ensino da universidade. É importante ressaltar que esse conhecimento não é apenas sobre ter um grande número de exemplos, analogias ou representações, mas

é caracterizada por um raciocínio pedagógico que facilita estas transformações (CARCERERI, MEDINA MOYA, 2013).

4. REFERENCIAL TEÓRICO – A PRÁTICA REFLEXIVA POR DONALD SCHÖN

O presente projeto se fundamenta no estudioso estadunidense da pedagogia, Donald Schön, que propôs uma nova prática para a formação de profissionais através de suas obras: *O Profissional Reflexivo* (The Reflective Practitioner), de 1983, e *Formação de Profissionais Reflexivos* (Educating the Reflective Practitioner), de 1987.

Donald Schön é filósofo, formado pela Universidade de Yale em 1951, e mestre e Ph.D em filosofia pela Universidade de Harvard, estudando também na Sorbonne e no Conservatoire Nationale, em Paris, na França. Donald foi professor indicado de Estudos Urbanos e Educação no Instituto de Tecnologia de Massachusets (M.I.T), e nos sete anos que antecederam sua entrada nesse Instituto, Schön foi presidente de uma organização sem fins lucrativos, a Organização para a inovação Social e Técnica (OSTI), que ele mesmo ajudou a fundar.

Donald Schön focou-se no aprendizado organizacional e na eficácia profissional, em seus trabalhos como pesquisador e consultor, tendo participação frequente em um grande número organizações profissionais, e atuando como membro da Comissão da Academia Americana de Artes e Ciências e da Comissão sobre Sistemas Sociotécnicos do Conselho Nacional de Pesquisa. Além disso, Schön executou diversos outros papéis administrativos e consultivos juntamente a indústrias privadas e agências do governo.

Schön trouxe uma alternativa ao modelo predominante, baseado no trinômio “teoria-aplicação-estágio” chamada reflexão sobre a prática. Essa alternativa é baseada na valorização da experiência e em “reflexão na experiência”, ou seja, não basta ao profissional apenas o conhecimento prévio do qual se apropriou durante a universidade, é necessário que ele crie “soluções” para os problemas com os quais se defronta através da reflexão. Para o autor a formação docente deve ser baseada na epistemologia da prática, na qual o profissional deve considerar sua experiência profissional, valorizando-a em seu contexto social, através da reflexão e do conhecimento tácito (SCHÖN, 2000).

Para Schön a “reflexão na ação”, que segundo suas próprias palavras seria o “pensar o que fazem enquanto o fazem”, pode capacitar o profissional a criar um repertório de soluções. São observações e reflexões do profissional em relação a sua prática. A descrição consciente dessas ações leva o profissional a gerar mudanças, que conduz a “novas pistas para soluções de problemas de aprendizagem” (SCHÖN, 1995).

A “reflexão na ação” também leva em consideração a contribuição do conhecimento prévio do aluno no processo de sua própria aprendizagem, enquanto ela ocorre. Para Schön “é impossível aprender sem ficar confuso”, e os professores deveriam dar valor mais à confusão de seus alunos, já que é uma fase natural e necessária na aprendizagem. (SCHÖN, 1995).

Além disso, os professores deveriam adotar a seguinte postura no decorrer do seu trabalho, 1) ouvir o que os alunos sabem e o que têm a dizer; 2) combater os efeitos das crenças que permeiam o saber escolar e se deixar surpreender pelo aluno; 3) refletir sobre o ocorrido durante a aula; 4) e, sempre que necessário, reformular o problema proposto e efetuar uma experiência para testar sua nova hipótese (SCHÖN, 1995).

Além da “reflexão na ação” as propostas de Schön se baseiam em outras duas ideias: “conhecimento na ação” e a “reflexão sobre a reflexão na ação”. O primeiro se refere ao conhecimento escolar, que “permite agir”, é aquele que é mobilizado pelo profissional durante sua prática (SCHÖN, 1995).

A “reflexão sobre a reflexão na ação” é um movimento que se espera que ocorra após a aula, refletir a ação passada, no caso a “reflexão na ação”, que pode servir até como gerador de conhecimento, projetando novas práticas futuras.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, caracterizada como Estudo de Caso Único (YIN, 2010).

A pesquisa qualitativa justifica-se no intuito de aprofundar a investigação no mundo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, se preocupa com um nível da realidade social, cujos processos e fenômenos não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

O Estudo de Caso como estratégia metodológica preocupa-se com a compreensão, em profundidade, de um fenômeno social complexo em seu real contexto. Como método de pesquisa contribui substancialmente para a construção do conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (YIN, 2010).

Quando se objetiva estudar algo singular e que apresenta um valor em si mesmo, o *estudo de caso* deve ser a melhor escolha, por ser um tipo de estudo que pode ter características simples e específicas como também complexas e abstratas (MEIRINHOS; OSÓRIO, 2010). Independentemente de sua linha metodológica, considerando-se o caráter do estudo de caso, ele apresenta alto valor para o estudo das inovações educacionais (LEONARDOS, GOMES E WALTER, 1994).

Por esses motivos, foi proposta uma pesquisa que se caracteriza como estudo de caso. Onde o “caso” é a transformação do conhecimento técnico em científico, dos profissionais de saúde, que atuam como preceptores da REMULTISF nas UBS do município de Florianópolis/SC.

5.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nas UBS do Município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, localizado na região Sul do Brasil. Os participantes são profissionais de saúde que atuam nessas UBS como preceptores e ex-preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis.

Diversos setores das instituições responsáveis pela sua execução estão envolvidos na REMULTISF. No âmbito da UFSC, estão envolvidos sete departamentos de ensino - Ciências Farmacêuticas, Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Saúde Pública e Serviço Social. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, estão envolvidos os seguintes setores: Diretoria de Atenção Primária à Saúde, Gerência de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Educação em Saúde, Coordenação do Distrito Sanitário de Saúde do Centro e dos Centros de Saúde Agrônômica e Prainha, Coordenação do Distrito Sanitário de Saúde do Sul e do Centro de Saúde da Armação. O custeio do Programa se dá através dos Ministérios da Saúde e da Educação (bolsas para os residentes), com contrapartida da UFSC (disponibilidade de corpo docente, espaço físico e material permanente) e da SMS de Florianópolis (disponibilização de preceptores e espaço físico e condições de trabalho nos centros de saúde) (Guia acadêmico Remultisf 2014).

No presente ano (2015) o referido programa conta com 26 (vinte e seis) residentes, distribuídos nas seis profissões que o integram: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Serviço Social. Os estudantes participam de atividades educativas com uma carga horária de 5.760 horas integralizadas em dois módulos (dois anos), e divididas em 60 horas semanais, um de Reflexão Teórico-prática, referindo-se aos saberes e técnicas que dão suporte teórico-metodológico à prática da equipe de residentes, e outro de Educação no Trabalho referindo-se aos processos pedagógicos vivenciados na prática de trabalho da Equipe de Saúde da Família nos Centros de Saúde e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

O modelo pedagógico da REMULTISF prevê o reforço de metodologias ativas de ensino aprendizagem, que busquem valorizar a relação dos educandos e educadores como uma relação de sujeitos construtores do processo. No processo de construção da nova práxis, ao grupo de residentes é oportunizada a vivência de um conjunto de módulos inter-relacionados em um eixo de ação pedagógico-assistencial (Guia Acadêmico Remultisf 2014).

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As atividades de educação no trabalho são acompanhadas por preceptores das diversas profissões integrantes do programa,

sob a supervisão acadêmica dos tutores docentes do curso. Os critérios para a escolha dos preceptores participantes foram que estes já atuassem nessa função há pelo menos 1 ano, e no caso de estar desligado que o afastamento não tenha ocorrido há um tempo muito longo (no máximo 1 ano).

No total dezoito preceptores foram selecionados, entretanto um deles se recusou a participar e quatro não responderam ao convite formulado para participação. Assim sendo, um total de treze preceptores foram entrevistados: três cirurgiões-dentistas, duas enfermeiras; integrantes da Equipe de Saúde Bucal (ESB) e da equipe de Saúde da Família (eSF); três farmacêuticos, duas assistentes sociais, duas nutricionistas, e uma educadora física; integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

5.3 PRÉ-TESTE DAS ENTREVISTAS

Previamente ao trabalho de campo, o roteiro de entrevista foi aplicado a uma ex-preceptora que havia se desligado do curso há vários anos. Esta entrevista não foi incluída no estudo, mas possibilitou avaliar a especificidade do instrumento de pesquisa, a clareza e sensibilidade das questões, e a familiarização com as tecnologias a serem utilizadas (MINAYO, 2015)

5.4 COLETA E REGISTRO DE DADOS

Os estudos de caso requerem múltiplas técnicas para a coleta de dados, a fim de se garantir a profundidade necessária à pesquisa, a inserção do caso em seu contexto e também maior credibilidade aos resultados obtidos (GIL, 2009). Portanto, para essa pesquisa foram utilizados entrevista semiestruturada e análise documental como técnicas de coleta.

O convite para participar da pesquisa foi realizado de forma verbal durante um dos encontros mensais entre tutores, preceptores e residentes realizado na UFSC, e posteriormente reforçado via e-mail. Depois de algum tempo, aqueles que não responderam aos e-mails receberam uma mensagem em seu celular.

Após o aceite foi combinado local, data, e horário conveniente aos preceptores para realização da entrevista. A entrevista foi realizada individualmente e iniciou com a apresentação dos objetivos da pesquisa, do método, e com a leitura do TCLE juntamente com o preceptor. A entrevista teve como base

o roteiro semiestruturado (Apêndice A), elaborado pela pesquisadora, e foi gravada com auxílio de um gravador digital e posteriormente transcrita na íntegra. Os arquivos foram salvos em documentos de Word, e ficaram sob responsabilidade da própria pesquisadora.

A entrevista semiestruturada traz questões baseadas nos aspectos que fundamentam a pesquisa, possibilitando que ao longo da coleta de dados novos pontos relacionados ao tema possam surgir. Outro aspecto importante é a valorização do investigador, pois sua atuação oferece maiores subsídios, proporciona liberdade e estimula a espontaneidade do entrevistado ao responder os questionamentos. (TRIVIÑOS, 2010).

O período de realização das entrevistas foi de novembro de 2014 a janeiro de 2015 e o tempo médio de duração das entrevistas foi de 35 minutos. O anonimato foi garantido atribuindo aos participantes um código alfanumérico de acordo com o tipo de equipe em que o preceptor atua. Os preceptores que atuam na ESF e ESB receberam o código EB (proveniente de equipe básica) seguido de um número de 1 a 5 escolhidos aleatoriamente, como por exemplo: EB1; e os preceptores NASF receberam o código NASF seguido de um número de 1 a 8 também escolhidos aleatoriamente, exemplo: NASF8.

A análise documental foi realizada com base no guia acadêmico do presente ano, no currículo do curso, nos planos de ensino, no convênio entre rede e a universidade, e no projeto político pedagógico do curso. A documentação não disponibilizada na internet foi solicitada à coordenação do programa e/ou a secretaria municipal. Também foram acessados capítulos de livros e artigos relacionados ao Curso.

Os documentos são fontes de dados de grande utilidade, pois podem oferecer informações específicas e que sustentem os resultados obtidos por meio de outras técnicas de coleta. Mas ainda que tragam informações que enriqueçam o estudo, devem ser usados cuidadosamente, pois nem sempre registram com literalidade os eventos ocorridos (YIN, 2010; GIL, 2009).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados as entrevistas foram transcritas na íntegra no software Word 2013, lidas e analisadas. A transcrição foi realizada pela própria pesquisadora, sendo um momento

importante para retomar algumas ideias subentendidas nas falas, anotar impressões, bem como refletir sobre as falas, opiniões e histórias contadas pelos preceptores.

O material foi analisado segundo a metodologia de Análise Temática de acordo com Minayo (2015). Para Minayo (2013) “a noção de tema comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo” e para a autora “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A metodologia da Análise Temática proposta por Minayo é dividida em três etapas:

Etapa 1- Pré-Análise: realização uma leitura flutuante e exaustiva do material, para posteriormente fazer a “constituição do corpus”, a organização do material de forma que possa responder à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência que são algumas normas de validade qualitativa. E por fim a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Nesta etapa também são determinadas as unidades de registro, que podem ser palavras-chave ou frases, os recortes, e a modalidade de codificação (MINAYO, 2013).

Para realização desta etapa as entrevistas foram recortadas do programa Word 2013 coladas na coluna A do programa Excel 2013 para facilitar a visualização e a organização no formato de tabela. As frases representativas foram recortadas e coladas na coluna B, e na coluna C foi atribuída um código que a representa. Como no exemplo a seguir:

	A	B	C
31	“Não, o problema é que como eu disse como o encontro era uma vez por mês a gente sabia que as dúvidas eram diárias, muitas vezes eles entravam em contato mas muitas vezes também não, então se perdia ali. Por exemplo um outro modelo de residência médica, eu dos profissionais da equipe básica o contato é diário, o preceptor está na mesma UBS do residente, então é o dia inteiro discutindo caso, com relação ao processo de trabalho, parte pedagógica, parte técnica, nesse sentido está muito mais à frente do que a Multiprofissional.”	“Não, o problema é que como eu disse como o encontro era uma vez por mês a gente sabia que as dúvidas eram diárias, muitas vezes eles entravam em contato mas muitas vezes também não, então se perdia ali. Por exemplo um outro modelo de residência médica, eu dos profissionais da equipe básica o contato é diário, o preceptor está na mesma UBS do residente, então é o dia inteiro discutindo caso, com relação ao processo de trabalho, parte pedagógica, parte técnica, nesse sentido está muito mais à frente do que a Multiprofissional.”	Difficultades por estar sempre longe do residente.
32	“Como geralmente sua atividade enquanto preceptor ao longo dos anos? Sobre a relação com os alunos, com os demais colegas preceptores?”		
33	Na verdade a preceptoria vai muito da pré atividade do preceptor. A gente sentia falta das duas instituições de ensino (UFSC) e do serviço, ficava muito tudo a cargo do preceptor.	Na verdade a preceptoria vai muito da pré atividade do preceptor. A gente sentia falta das duas instituições de ensino (UFSC) e do serviço, ficava muito tudo a cargo do preceptor.	Falta de apoio do serviço e da Universidade, preceptor fica sozinho.
34	E também a gente foi convidado a ser preceptor, e a gente sempre colocava a necessidade de os preceptores receberem uma capacitação, um curso de formação para preceptores. E nesse tempo todo a gente não teve nada e isso era uma cobrança grande. Muito a questão também de incentivo, a gente era preceptor e avaliava assumindo tudo e não tinha uma contrapartida, tipo “Não, a avaliação assumindo tudo e não tinha uma contrapartida, tipo “Não, a	“Também a gente foi convidado a ser preceptor, e a gente sempre colocava a necessidade de os preceptores receberem uma capacitação, um curso de formação para preceptores. E nesse tempo todo a gente não teve nada e isso era uma cobrança grande. Muito a questão também de incentivo, a gente era preceptor e avaliava assumindo tudo e não tinha uma contrapartida, tipo “Não, a	Falta de capacitação, mas união entre os preceptores.

Figura 1 – Pré-análise dos dados

Etapa 2 – Exploração do material: “consiste em essencialmente na operação de codificação” (MINAYO, 2013). É quando se realiza a categorização do material, que consiste em uma

operação classificatória com o objetivo de alcançar a compreensão do texto através da formulação de categorias. Estas caracterizam-se por dispor de elementos ou aspectos comuns que se relacionam entre si.

A autora sugere que sejam feitos recortes em unidades de registro, e a classificação e agregação dos dados através de categorias teóricas ou empíricas que ordenarão a especificação dos temas (MINAYO,2013).

Nesta etapa foram identificadas as unidades de registro, classificação e agregação dos dados em categorias recortando-os das tabelas do Excel e colando-os em novos arquivos do Word realizando uma classificação a partir da categorização dos dados. Para facilitar a visualização das falas de cada entrevistado além do código de identificação no final de cada unidade de registro as entrevistas foram destacadas com cores distintas, sendo uma cor para cada entrevistado. Assim, quando reunidas no Word em arquivos-categorias era fácil a visualização das falas de cada entrevistado em cada categoria, bem como quantos preceptores contribuíram para formá-la. Como o exemplo a seguir referente à categoria “Caindo de paraquedas: como me tornei preceptor(a)”:

<p>teve ate uma apresentação, como se se fosse uma capacitação. Mas acho que deveria ser investido mais nisso. Por que a gente chega e cai de paraquedas. Não fui residente, não sou próxima da academia, eu acho que precisa de uma preparação melhor." NASF6</p>	<p>Não escolheu a preceptoria</p>
<p>"Quando eu vim aqui para o distrito centro que eu assumi a preceptoria em um dos CS do distrito, e eu fiquei 2 anos como preceptora. Agora eu vim trabalhar aqui na Secretaria na área de Educação em Saúde com a residência que está sendo implantada em parceria com a UDESC. Na verdade, o processo para chegar a ser preceptor não foi bem uma escolha profissional, eu cheguei na preceptoria por trabalhar no distrito onde tinha a residência. Mas tem toda uma formação, inclusive da própria residência, como residente em Saúde da Família para desenvolver a função." NASF5</p>	<p>Não escolheu ser preceptor, apesar de querer.</p>
<p>Quando fui chamada no concurso, imediatamente quando eu entrei, já quando me apresentaram todo o processo de trabalho me apresentaram a residência como parte do meu projeto de trabalho, então não teve muita escolha, muita iniciativa minha." NASF4</p>	<p>Não escolheu ser preceptora (apesar de querer ser)</p>

Figura 2: Exploração do material

Foram identificadas sete categorias nomeadas de acordo com o significado de seu conjunto de falas: 1- Experiências com o

SUS durante a formação e/ou trajetória profissional: aproximações e distanciamentos, 2 - Inclinação para atividade docente, 3 - Caindo de para quedas: como eu me tornei preceptor(a), 4 - Preceptorando e sendo preceptorado: a dinâmica preceptor-residente, 5 - Reflexões sobre si, a residência e a preceptoria - os preceptores pensando o seu processo de trabalho, 6 - Dores e delícias de ser preceptor, e 7- Conflitos do mundo do trabalho com o mundo da escola. Todas as categorias podem ser visualizadas no Apêndice C.

Etapa 3 – Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados são analisados, sendo propostas inferências e realizadas interpretações. O quadro obtido é relacionado com o referencial teórico e com os novos aspectos teóricos e interpretativos sugeridos pelo material. A descrição dessa etapa está presente nos Resultados desta pesquisa.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada junto ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPESH) da Universidade Federal de Santa Catarina, através do parecer número 829.000. A as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram observadas e seguidas ao longo de toda a pesquisa.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis foi contatada a fim de esclarecer a pesquisa e obter autorização e apoio para execução através de Termo de Autorização específico para este fim.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1), por livre e espontânea vontade concordaram em participar. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi requisito básico para inclusão da pessoa na pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo científico, já com a configuração exigida pela revista de escolha, a Revista Ciência & Saúde Coletiva (ISSN: 1413-8123).

A PRECEPTORIA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO SUL DO PAÍS: SABERES DO ENSINO E DO SERVIÇO.

Preceptorship in a health residence multiprofessional in the country south: education knowledge and service.

Introdução: No início de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF), uma estratégia de organização da Atenção Primária, que valoriza princípios como: territorialização, vínculo com a população, garantia de integralidade na atenção, equipe multidisciplinar, ênfase na promoção de saúde, entre outros¹. Estimulando a transformação do processo de trabalho em saúde, o PSF veio para finalmente incorporar ações em saúde voltadas para o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo proposto pelo SUS, não requer apenas um profissional com formação generalista, mas com compromisso ético e responsabilidade social, a fim de garantir a efetivação dos princípios do Sistema. Esses profissionais devem ser qualificados segundo as diretrizes do PSF, com um novo olhar para a formação clínica e conteúdos de Saúde Pública².

Ao se propor um novo modelo de atenção, propõe-se também um novo perfil profissional que é imprescindível para o sucesso do PSF que, a partir de 2006 configurou-se como Estratégia Saúde da Família.

Desde 2001, o ensino na área da saúde vem sendo orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) na formação geral e específica dos futuros profissionais, que também deve estar em consonância com o SUS³. A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi a estratégia fundamental nomeada para reorganizar as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, pois direciona o processo educativo no cotidiano do trabalho, ajudando a construir espaços coletivos para reflexão das ações realizadas no dia-a-dia, contribuindo à formação do profissional de saúde à medida que consolida o pacto entre o mundo do trabalho e o mundo da escola⁴.

Com o intuito de atingir esses objetivos, o modelo tradicional de ensino, centrado no professor, com ênfase na transmissão do conhecimento, a conhecida “educação bancária” na qual o estudante é depositário dos conhecimentos do professor⁵, vem sendo substituído por um modelo emergente. Neste novo

modelo se estimula a autonomia do estudante, para que este seja o centro do processo ensino-aprendizagem, visando à formação de um profissional crítico e reflexivo⁶.

Todas essas mudanças visam aproximar a teoria e a prática, articulando o ensino com o serviço a fim de edificar os conhecimentos exigidos por um serviço específico, no cotidiano do próprio serviço. Nesse contexto, as atenções se voltaram às Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), pois sua proposta é vivência da prática cotidiana do profissional, onde o profissional mais experiente, o preceptor, auxilia o residente a adquirir as competências necessárias para aquela especialidade.

O preceptor é o profissional que, em geral, não é da academia, e que possui um importante papel na inserção e socialização dos estudantes no ambiente de trabalho⁷, estreitando a distância entre a teoria e a prática. O preceptor/professor dedicará uma parte importante de suas atividades para orientar e direcionar o aluno/residente em sua formação acadêmica, pessoal e profissional. E o aluno/residente abrirá uma infinidade de espaços e recursos síncronos e assíncronos curriculares até agora cobertos apenas em práticas de ensino da universidade. É importante ressaltar que esse conhecimento não é apenas sobre ter um grande número de exemplos, analogias ou representações, mas é caracterizado por um raciocínio pedagógico que facilita estas transformações⁸.

Sendo assim, compreender de que forma os preceptores de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do sul do Brasil, desenvolvem sua função, foi o objetivo deste trabalho.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, caracterizada como Estudo de Caso Único⁹. Foi desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do Sul do Brasil, com 13 preceptores e ex-preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Como critério de inclusão para a escolha dos participantes foram elencados: atuação nessa função há pelo menos 1 ano, e no caso de estar desligado que o afastamento não tenha ocorrido há um tempo muito longo (no máximo 1 ano). A entrevista individual semiestruturada continha as seguintes questões: 1- Neste primeiro momento gostaria de conhecer sua trajetória profissional, poderias fazer um breve relato? Como descreverias as principais motivações que te levaram a ser preceptor? 2- Como você desenvolve suas atividades de preceptor? Conte-me um pouco do teu dia a dia. 3-

Quais aspectos consideras mais difíceis desta tarefa? E quais consideras mais prazerosos? Por quê? 4- Como percebes tua atividade enquanto preceptor ao longo dos anos? Sobre a relação com os alunos, com os demais colegas preceptores? 5- Como você percebe sua preparação para exercer a preceptoría?

As entrevistas foram transcritas na íntegra no software Word 2013, e cada participante recebeu um codinome, os que integram a equipe básica EB seguido de um número de 1 a 5, e os que trabalham no NASF foi usada a sigla acompanhada de um número de 1 a 8. A análise dos dados seguiu a metodologia de Análise Temática de acordo com Minayo¹⁰, que se divide em etapas: *pré-análise* – quando além da leitura flutuante e exaustiva do material são determinadas as unidades de registro, que podem ser palavras-chave ou frases, os recortes, e a modalidade de codificação; *exploração do material* - realização da categorização do material, que consiste em uma operação classificatória com o objetivo de alcançar a compreensão do texto através da formulação de categorias; e *tratamento dos dados obtidos e interpretação* - os resultados são analisados e relacionados com o referencial teórico e com os novos aspectos teóricos e interpretativos sugeridos pelo material¹⁰.

Os aspectos éticos respeitaram a Resolução CNS 466/12, tendo sido aprovado o projeto sob o número de parecer: 829.000.

Resultados e discussão:

Durante a análise emergiram 7 categorias: 1- Experiências com o SUS durante a formação e/ou trajetória profissional - aproximações e distanciamentos, 2 - Inclinação para atividade docente, 3 - Caindo de para quedas -como eu me tornei preceptor(a), 4 - Preceptorando e sendo preceptorado - a dinâmica preceptor-residente, 5 - Os preceptores pensando o seu processo de trabalho, 6 - Dores e delícias de ser preceptor, 7- Conflitos do mundo do trabalho com o mundo da escola. Tais categorias associadas à literatura geraram o esquema que pode ser visualizado no Apêndice C.

Os resultados separados em categorias, acompanhados da discussão, e contendo fragmentos das falas para corroborar com a análise, estão descritos a seguir:

Experiências com o SUS durante a formação e/ou trajetória profissional - aproximações e distanciamentos.

Durante as entrevistas, bem como durante a análise das mesmas ficaram evidentes relatos demonstrando grande vontade de trabalhar no setor público, e nesse caso, se tratando de profissionais da área da saúde, na Saúde Pública. Essa inclinação apareceu por motivos diferentes, um estágio de graduação, um professor que serviu de inspiração, a própria história de vida do indivíduo, entre outros; mas todos com algo em comum: uma trajetória de aproximação com SUS durante suas graduações. Como pode-se perceber nas falas a seguir:

“Durante a graduação eu fiz estágio com um professor do departamento de Saúde Pública na parte de Saúde Coletiva e já fui me apaixonando pela área na vivência com ele.” NASF5

“Durante a minha graduação eu tive bastante dúvida sobre continuar fazendo enfermagem, e eu digo que eu só continuei porque eu me aproximei da saúde coletiva, se não tivesse a enfermagem na saúde coletiva eu teria trocado de profissão.” EB2

O inverso, uma trajetória distante do SUS, tanto durante a graduação quanto no histórico profissional anterior a entrada para o serviço, também pode ser percebido em outros relatos:

“Durante a graduação eu não ouvi nada sobre Saúde Pública, não tínhamos na época uma disciplina que falava sobre o assunto. Depois eu fiz algumas disciplinas isoladas do mestrado, eu não fiz mestrado, só algumas disciplinas, e uma delas era de Gerontologia e atividade física, não sobre SUS, mas por causa do concurso que teria na época a professora falou o que era o NASF, qual que era a ideia e a proposta e eu bem sem pretensão fiz esse concurso e acabei passando.” NASF7;

“Durante o mestrado eu comecei a ter bastante acesso a essa parte de Assistência Farmacêutica, de SUS, que durante a graduação foi muito incipiente. Hoje ainda é, mas era mais ainda” NASF8

A inclinação para trabalhar na Saúde Pública parece promover satisfação com o trabalho que desempenha hoje, tanto como trabalhador do SUS quanto na função de preceptor. Apareceram em algumas falas críticas com relação ao processo de trabalho, resguardadas as características de cada local e entendidas como pontos que precisam avançar dentro do SUS. A satisfação com o trabalho no SUS pode ser vista nas falas a seguir:

“Em 2010 eu entrei no NASF, onde eu me identifiquei muito, eu gosto muito do que eu faço hoje.” NASF8

“Eu consegui transferência para a Saúde da Família, que era minha área de formação, era onde eu gostava de trabalhar e era onde eu queria estar, e desde 2010 eu estou no NASF.” NASF1

Esse fato ressalta importância das mudanças curriculares advindas das DCNs, que visam, entre outros objetivos, a formação de um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos adequados às necessidades do SUS¹¹. O contato com o SUS através de estágios e outros projetos durante a graduação propiciou acima de tudo o conhecimento para alguns dos entrevistados. Conhecimento teórico e prático sobre o que é o SUS e como ele funciona, dando assim, o poder de escolha a eles. Não que os entrevistados que não tiveram uma trajetória próxima do SUS durante a graduação não pudessem escolher trabalhar no Sistema, mas dificilmente buscamos algo que ignoramos, ou mesmo podemos gostar de algo que pouco conhecemos.

Além disso, um dos objetivos das DCNs é formar profissionais com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. O contato com o SUS propicia a apropriação destes valores, como mostra a fala deste entrevistado:

"Eu vim para conhecer (para a prefeitura), para ver se eu me adaptava e logo de início gostei porque na minha área temos pouca oportunidade para trabalhar com o público que não pode te pagar, a não ser em escolas. O trabalho individual e personalizado que é onde a maioria das pessoas consegue ter um salário decente, mas é para as pessoas que tem muito poder aquisitivo, é restrito. Não só as práticas, mas a questão social mesmo fica completamente perdida, você não tem contato com camadas diferenciadas da população e você não contribui para a sociedade, você só contribui para a atividade física daquela pessoa. Então eu gostei muito disso quando entrei no SUS." NASF7.

Inclinação para atividade docente

Outro fato facilmente percebido através das falas dos preceptores é a inclinação que alguns possuíam para atuar como docentes:

"Eu tenho um perfil meio “professoral”, sempre gostei disso. Enquanto atividade NASF eu gosto muito da parte de educação permanente, da educação em saúde. E a preceptoría tem um pouco disso, porque além de eu ter que estar aprendendo constantemente eu estou ensinando constantemente. É o meu

perfil, eu gosto, e eu sempre quis ser professora. Por algum motivo eu estou na Atenção Básica, mas eu tenho isso comigo." NASF8

"E durante esse tempo eu fiquei dando um pouco de aula, durante o mestrado, e sempre fui voltada para docência, sempre gostei de docência." NASF2; "hoje para mim o ideal é eu manter o meu trabalho técnico como está e com os alunos." NASF2

"Eu já fui professora, sempre tive atuação como professora, desde que eu me formei. Eu fui professora do PROFAE, de cursos técnicos particulares, recebia aluno quando estava na maternidade. Sempre foi parte do meu perfil essas coisas, eu gosto da assistência e gosto da parte acadêmica também, naturalmente." EB4

A Resolução nº5 da CNRMS de 7 de novembro de 2014 define que: "a supervisão permanente do treinamento do Profissional da Saúde Residente deverá ser realizada por corpo docente assistencial com qualificação mínima de especialista na área profissional ou na área de concentração do programa desenvolvido"¹². Sendo assim, a legislação não prevê que na escolha do preceptor seja considerado, ou ao menos que se dê preferência, a que ele tenha alguma experiência docente, ou mesmo uma certa vontade de ser "professor", mas sim que ele tenha algum tipo de especialização, sendo que esta pode ser em algum núcleo de conhecimento de sua área de formação, inclusive os chamados "núcleos duros".

Visando uma formação de melhor qualidade seria válido que este perfil "professoral" citado por um dos participantes fosse mais valorizado, ou até mesmo identificado, entre os profissionais disponíveis para serem preceptores. Pois o preceptor é essencial na construção do novo perfil profissional, ele vai construir junto com o residente uma nova prática profissional. Então, se além de atuar em sua área de formação ele ainda tiver a vontade de fazer parte da formação de outras pessoas, as chances de essa formação ser mais completa são maiores.

Certamente apenas a vontade de ser professor não garante a qualidade do ensino, e nem a formação do perfil adequado para o cenário atual da saúde. Mas Donald Schön, uma referência em estudos sobre prática docente defende uma formação docente sustentada na epistemologia da prática, na qual o professor utiliza sua experiência profissional, considerando-a em seu contexto social, através da reflexão e do seu conhecimento tácito¹³. E isso faz dos preceptores com vontade de ensinar, promissores docentes para ensinar o mundo do trabalho.

Caindo de para quedas -como eu me tornei preceptor (a)

No momento que o profissional da área da saúde recebe um aluno, seja de graduação ou de Residência, ele se torna também um professor, com a função de “ensinar” o trabalho, querendo ele ou não. E nessa categoria, podemos perceber que alguns deles não desejaram esse tipo de trabalho, entretanto diante de a UBS em que trabalham ter sido escolhida para receber alunos do curso de Residência, eles se viram envolvidos com a nova função.

O nome dado a esta categoria foi basicamente por conta do peso que a expressão “caí de paraquedas” esteve presente nos discursos. Este peso não foi proporcionado apenas pelo impacto inicial que a expressão causa, mas também pela quantidade de vezes que ela apareceu nas entrevistas, tanto como uma ideia subentendida no discurso como um todo, mas também sob forma de citação *ipsis litteris*, como nas falas a seguir:

"A questão da preceptoria meio que caiu de paraquedas. Eu sei que os professores da UFSC sabiam que eu estava na rede e que eu era um bom nome para ser preceptora, junto com uma outra colega minha. Mas a escolha da Unidade de Saúde para receber a residência foi independente de quem estava ali ou não, pelo que eu sei eles avaliaram tanto a infraestrutura do posto de saúde quanto o perfil dos profissionais. E eles colocaram a residência no CS X porque deu o maior número de variáveis positivas em relação a outras UBS. Então eu não fui escolhida como preceptora, eu caí de paraquedas." NASF8

"Quando fui chamada no concurso, imediatamente quando eu entrei, já quando me apresentaram todo o processo de trabalho e a Residência já como parte do meu projeto de trabalho, então não teve muita escolha, muita iniciativa minha." NASF4

"E foram acontecendo as coisas, mas foi tudo muito sem saber. Eu cheguei, porque tinha que ser, vocês vão assumir.... Por que a gente chega e cai de paraquedas. Não fui residente, não sou próxima da academia, eu acho que precisa de uma preparação melhor." NASF6

É importante ressaltar que apesar de quase a totalidade das falas terem demonstrado claramente a “não escolha” em ser preceptor, aqueles que demonstravam inclinação para docência, também demonstravam o desejo de atuar como preceptor.

Preceptorando e sendo preceptorado - a dinâmica preceptor-residente

Nesta categoria foram agrupadas as descrições de como ocorre a preceptoria no cotidiano do preceptor, como se organizam no dia-a-dia, as atividades que possuem os preceptores e os residentes, e as dinâmicas que circundam essas tarefas.

Logo no início da pesquisa percebeu-se uma diferença relevante entre a preceptoria realizada pelos profissionais da equipe básica e equipe de saúde bucal em relação aos preceptores do NASF. Enquanto o preceptor da equipe básica ou equipe de saúde bucal mantém uma convivência diária, e muitas vezes em tempo integral com o residente, o preceptor da equipe NASF, encontra o residente apenas uma ou duas vezes por semana, dependendo do preceptor, por ser responsável por várias UBS diferentes, e o residente estar sempre na mesma Unidade. Por isso as descrições de atividades de preceptoria são diferentes nesses dois grupos, como podemos perceber nos relatos:

"É um pouco complicado, porque como eu sou uma só para todas as unidades e a residente está em uma dessas o tempo todo. Nós combinamos de priorizar ao menos um dia na semana ou um período para ela estar junto comigo nas outras unidades. No início até aconteceu, mas depois de um tempo se perdeu, não sei te dizer o porquê, se foi eu ou ela, mas as coisas acabaram se perdendo e a gente achou uma outra estratégia que seria ela me auxiliar em outra unidade além da que ela é referência. Escolhemos uma Unidade que tem 2 equipes, que também tem uma área de interesse social bem importante e que fica perto de onde ela mora, então ela conhece bastante a comunidade." NASF6

"As coisas que a gente vai vendo, as dúvidas que ela vai tendo durante a consulta ela vai anotando e a gente vai discutindo, ou na hora ela já pergunta. A gente não tem um momento específico pra isso porque senão se perde muita coisa, então a gente discute quase todos os dias sobre a prática, sobre a postura, sobre como atender como melhorar, como otimizar, o porquê de eu pedir tal coisa, enfim, esse processo está acontecendo o tempo todo." EB4

Os relatos sobre a relação preceptor-residente mostraram que essa relação apareceu com uma frequência bastante alta sendo descrita como "relação horizontal", os participantes relataram manter um diálogo constante e aberto com os residentes, serem

flexíveis, e se igualem aos residentes, ao invés da posição de chefes, ou de detentores do saber:

"A relação com os residentes e com os próprios alunos eu acho que sintetiza muito aquilo que eu falei: não me sentia professor, não me sentia apenas um colega de trabalho, era uma relação de troca, de troca de saber, eu ensinava e aprendia. Eu supervisionava e orientava, mas ao mesmo tempo não tinha problema nenhum em perguntar pra ela: me ajuda aqui, o que tu achas?" EB1

"Apesar que eu não tenho problema nenhum de um aluno me perguntar algo e eu dizer eu não sei, mas eu vou ver, ou vamos ver juntos, ou dizer para ele ver também e trazer para eu aprender porque daí eu já aprendo junto. Eu não tenho problema nenhum com isso, mas eu tenho que estudar, isso é uma coisa que faz parte da minha vida, eu tenho que estudar já normalmente para ser uma boa enfermeira e tenho que estudar mais ainda porque eu tenho pessoas atuando junto comigo, e que eu tenho que orientar então eu tenho que estar a mais atualizada possível. Mas isso também não é uma "nóia". EB4

"Eu nunca tive problema com residente, nem da minha área e nem de outras, a minha relação sempre foi muito boa com os residentes, muito aberta. É que eu sou uma pessoa mais flexível, eu tenho o perfil de trabalhar junto então eu nunca encarei o meu papel de preceptora como eu sendo chefe, como eu mandando no residente. Eu acho que isso me aproxima muito mais deles, do que aquele preceptor que tem uma postura mais autoritária. Eu tenho uma relação mais próxima, de colega de trabalho mesmo e eu deixo isso muito claro e tenho tranquilidade em dizer isso. O meu negócio é trabalhar junto, é trabalhar com e não é ser chefe de ninguém, não quero, não tenho intenção, e não gosto." NASF4

Para Medina¹⁴ nas relações horizontais que professores e alunos compartilham suas próprias experiências e expectativas, e com isso os alunos também participam do processo de ensino aprendizagem. Trata-se de desenvolver diálogos livres de dominação, baseados em relações empáticas e horizontais. As relações de hierarquia entre professores e alunos devem ser questionadas e transformadas para se garanta a transformação da formação¹⁴.

O professor deve realizar reflexões constantes sobre sua ação, modificar e corrigir a sua prática e a sua realidade. Além disso, é importante que durante a interação interpessoal com seus

alunos, o professor saiba ouvi-los e considera-los sem se sentir ameaçado com suas intervenções¹³.

Então podemos perceber que os preceptores estão participando desse processo de reforma da formação, visto que abandonaram a postura autoritária peculiar do processo de formação tradicional, e se colocam em uma posição horizontal, aprendendo junto com o residente, e mantendo uma relação com bastante diálogo. O diálogo auxilia a aprofundar a experiência de todos os participantes, falar, questionar e levantar possibilidades de interpretações faz com que todos os envolvidos construam os significados em conjunto¹⁴.

Existem também relatos importantes sobre o sentimento de ser “exemplo” para os residentes. Esse tipo de preocupação é constante entre os preceptores, que relataram quererem estar sempre melhorando por conta disso. Além de servir de exemplo, o aplicar o que se ensina também apareceu como cuidado na hora de lidar com o residente, como na fala a seguir:

"Com relação a ser preceptora eu procuro sempre conversar, contextualizar, relativizar aquilo que a pessoa está fazendo. Eu sou flexível com as situações pessoais, porque a gente trabalha com atenção primária e com saúde e em uma lógica humanizadora e se a gente não humanizar quem está do nosso lado aprendendo a gente não vai conseguir transmitir para a pessoa o que a gente quer transmitir." EB4

Essa fala revela uma preocupação por parte do preceptor(a) com o método do ensino, o cuidado de tratar a todos com igualdade, inclusive a própria residente, na lógica humanizadora, já que é isso que está sendo ensinado. Esse é um dos princípios pedagógicos para uma capacitação reflexiva, buscar a equivalência entre a capacitação recebida pelo aluno e o tipo de cuidado que se pede que ele desenvolva¹³. Na educação em saúde deve se buscar conformidade entre o conteúdo que se transmite, e o método utilizado para tal, pois o método também é conteúdo¹³. Então, de que adiantaria o preceptor(a), ensinar que os pacientes devem ser tratados de forma humanizada se ao se relacionar com a residente esquecesse esse tipo de conhecimento?

É preciso ter consciência de que o método pedagógico acarreta um certo clima social, e que este também é aprendido. Um ensino democrático cria sistemas sociais democráticos e requer que os estudantes aprendam, além dos conteúdos, a serem solidários e

respeitosos, fazendo assim com que os alunos respeitem seus pacientes¹³.

Esse tipo de relação também propicia as discussões de caso, pois o residente se sente mais à vontade para expor a sua opinião sobre possíveis diagnósticos, dinâmica dos atendimentos, se permitindo ser coautor do próprio processo de ensino-aprendizagem.

Outro tipo de dinâmica encontrada é a ação integrada multidisciplinar, há muitos relatos de reuniões, discussões, e aprofundamentos em questões que transpassam a prática tecnicista realizada entre residentes, tutores e preceptores. O relato a seguir exemplifica:

"Eles apresentavam a demanda dos pacientes que eles estavam atendendo ou dos pacientes que eles não se sentiam seguros ainda para fazer esse tipo de atendimento, alguns atendimentos mais complexos. A gente fazia toda a discussão da vida social do paciente, da parte clínica, familiar, fazia uma discussão de um projeto terapêutico para o paciente, vendo todas as possibilidades da clínica ampliada, tentava ver para chamar outros profissionais para atenção e cuidado do paciente." NASF3

Essa dinâmica fomentada pelo curso de Residência é de importância para a formação de um profissional preparado para, entre outros princípios, a integralidade da atenção no SUS. Pois a fragmentação disciplinar de conhecimentos leva a uma visão simplificada que impede o tratamento de problemas complexos que não podem ser divididos em disciplinas, uma vez que somente uma visão holística que relacione aspectos biológicos, sociológicos, políticos, morais, psicológicos e pedagógicos pode dar conta de resolver problemas globais¹⁴.

Os preceptores pensando o seu processo de trabalho

Nesta categoria, foram agregadas todas as expressões de pensamentos dos preceptores com relação a Residência, a preceptoria e também sobre si mesmos.

Os pensamentos com relação a Residência mostraram profissionais que acreditam na qualidade do trabalho que estão realizando como preceptores. Diversas falas apareceram indicando que os preceptores creem que o profissional residente que participa de um programa de Residência possui melhor preparo para atuar na Atenção Básica (AB):

"E nesse sentido eu acho que o profissional que está fazendo a Residência vai ter muito mais facilidade para atuar na Atenção Básica se ele passar em um concurso público, vai ajudar muito. Principalmente para o farmacêutico que é um profissional novo na Atenção Básica e que não está acostumado a interagir de forma direta com o residente, com a enfermeira e com o técnico, vai ser bem mais fácil do que foi para mim há anos atrás. Eu acho que a Residência só traz benefícios para o profissional de saúde." NASF8

"Eu acredito na formação da Residência, eu acho que é por aí que a gente vai formar bons profissionais para o SUS. Porque só com mestrado ou doutorado a gente não forma profissionais para o SUS, largando na prática sem nada a gente não forma profissionais para o SUS, é o que a gente tem e a gente tem que se agarrar nisso e investir o máximo de força que a gente puder para que ela continue assim." NASF1

Com relação a esse preparo diferenciado os entrevistados pensam que o benefício é transcender a técnica, o diferencial em cursar uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família é aprender a trabalhar em equipe, se relacionar com os usuários e com outros profissionais, e não apenas aprender mais sobre a área específica de graduação:

"Eu acho que a Residência como um todo está muito mais amparada no saber se relacionar, na relação que você se coloca com o residente do que tecnicamente. " NASF4

"A contribuição da Residência foi no processo de trabalho, de aprender a trabalhar com outros profissionais em equipe. Aprender a ouvir o teu paciente que apesar de ele estar vindo aqui com uma queixa odontológica numa anamnese ele pode trazer alguma informação que pode ser muito valioso para a tua equipe, que acompanha aquele paciente, pode contribuir para os cuidados médicos, de enfermagem, do nutricionista. Ou numa reunião de equipe, a tua equipe pode te passar informação que pode te ajudar no teu processo de trabalho a conduzir o plano de tratamento daquele paciente. E isso foi o grande ganho da Residência." EB1

Essa fala é importante como um "feedback" para as preocupações atuais com a formação dos profissionais. Há algum tempo atrás as preocupações com a formação faziam referência a conteúdos disciplinares adequados para uma formação técnico-científica de qualidade, porém, atualmente, o que aflige os professores é que além dos conteúdos, o conteúdo dos programas deve ensinar também a se relacionar¹⁵.

Ademais, as atividades teórico-práticas respondem por 80% do curso, e são o eixo norteador do processo de formação nas Residências Multiprofissionais. Este eixo é também o espaço formativo onde se aprende a construir o conhecimento profissional em todas as suas dimensões. Entretanto, esse conhecimento não é apenas uma reprodução acrítica de rotinas empíricas que se transmite de geração em geração e impedem o desenvolvimento do mesmo, mas sim uma integração teoria e prática através da análise e reflexão durante e sobre a prática¹⁴.

Quando perguntados sobre a atividade de docência que executam na preceptoria, as respostas divergiram bastante, muitos, por considerarem sua relação com o residente bastante horizontal, disseram não se sentirem “professores” dos residentes, demonstrando a visão hierárquica sobre o “ser professor”. Outros consideram que são professores não só dos residentes, mas de todas as pessoas pois são trabalhadores e a educação em saúde faz parte do seu trabalho. Porém outros entrevistados disseram se sentir ensinando em algumas situações, e que isso depende do nível de preparo de cada residente:

"Então eu acho que professores nós somos o tempo todo sempre, em cada toque que a gente dá. Sim, eu me sinto professora mas não especificamente com o meu residente, mas sempre. Eu acho que o melhor trabalho que a gente faz dentro do SUS é educação em saúde, especificamente na Educação Física a gente não tem só a prática, porque a gente fala muito, então tem educação em saúde o tempo inteiro." NASF7

"Eu já me senti (professora), depende muito do residente. Teve uma residente que era igual, era horizontal, eu aprendia com ela e ela aprendia comigo ao mesmo tempo, a gente trabalhava igual, ela era pronta, prontíssima, a menina era excelente. Agora os outros não, já chegaram um pouco mais despreparados e crus e aí teve que trabalhar um pouquinho mais e aí sim eu me sentia um pouco professora sim, ensinando, mas compondo junto, não é bem ensinando, mas é mostrando o caminho, porque todo mundo que busca a residência já tem um olhar diferenciado, então você só precisa despertar isso naquela pessoa e fazer com que ela coloque isso em prática. NASF4

É indispensável que o preceptor tenha consciência da importância de seu papel como educador, para que assim consiga dispensar a devida atenção que este papel necessita. O preceptor deve perceber o seu espaço de trabalho como um território de

oportunidades de aprendizagem, criando, a partir dele, estratégias que favoreçam a aprendizagem. Pois as situações de aprendizagem são a própria realidade encontrada pelos alunos¹⁶.

Refletindo sobre o seu preparo para ser preceptor os relatos descreveram despreparo e insegurança, no sentido de não saber se estavam fazendo da forma correta, mas que foram aprendendo com o tempo, e na prática:

"Eu acho que eu não estava preparada, isso é fato. Eu acho que fui conhecendo, teve aquele primeiro encontro que nos foi passado realmente o que era, como que seria essa preceptoria, qual era o objetivo, qual que era o nosso papel. Foi uma introdução digamos assim. E depois eu acho que é no dia a dia mesmo." NASF6

"Eu acho que teoricamente a formação era legal mas na prática é diferente então não adianta só ler e estudar, na hora que tu estás com o residente na tua frente com toda uma estrutura de residência e de preceptoria é um processo diferente e tu só vai aprendendo mesmo fazendo, não tem muita escapatória." NASF5

É importante salientar que preceptores que já haviam sido residentes disseram que esse foi um fator facilitador na hora de exercerem a preceptoria, pois já conheciam o funcionamento da Residência, o objetivo, o tipo de metodologia de formação, e etc., disseram inclusive que o processo de terem sido residentes foi mais formativo do que o próprio curso de formação de preceptores, como observamos nas falas a seguir:

"Eu nunca fiz um curso de preceptoria. Tem outras colegas minhas que fizeram o curso de preceptoria do Sírío Libanês que ofereceram pela prefeitura, e disponibilizaram algumas vagas e escolheram algumas pessoas para fazer esse curso, eu não fui uma das pessoas escolhidas e por isso não fiz o curso. Mas eu tenho uma bagagem da residência que eu acho que me ajuda a pensar um pouco mais nessa questão do ensino, pensar na minha formação como foi, o que eu queria fazer diferente, de pensar na preceptoria que eu tive, nas que eu tive porque mudou bastante quando eu estava na residência, no que eu peguei de bom delas, no que eu queria que as minhas residentes tivessem a mesma opinião de mim. Então pela minha vivência de residência eu acho que eu consigo ter alguma bagagem para preceptoria das turmas que entraram agora e que ainda vão entrar futuramente." NASF1

"Eu acho que é mais ou menos esse processo de vivência. Eu entendo a preceptoria do que eu passei na residência. O curso

de preceptores para mim não teve tanta novidade porque na verdade o processo avaliativo que foi passado foi legal mas as outras coisas eu já tinha visto na residência, e foram até muito mais aprofundadas lá e na especialização." NASF5

É notável a compreensão que os preceptores que já foram residentes demonstram ao falar sobre a Residência, bem como a segurança que transmitem em exercer a preceptoría em relação aos preceptores que não tiveram a mesma experiência.

Outro fato interessante que surgiu foi a reflexão temporal, a relação que os preceptores fazem entre a Residência e o seu papel de preceptor nos dias atuais com a forma que eles agiam enquanto residentes. Essas comparações, conflituvas inclusive, geraram um processo de reflexão, que foi possível identificar as modificações de perfil profissional que a Residência provoca, tornando o profissional crítico e reflexivo a ponto de questionar seus próprios atos, como podemos perceber no seguinte relato:

"Outra dificuldade era o conflito que surgia, que eram os mesmos de quando nós estávamos na residência. Eles estavam ressurgindo agora enquanto preceptor. E ali a conduta era diferente, o residente falava que os dentistas do posto de saúde tiram folga na data do aniversário, e eu como residente também quero essa folga. Tudo bem, enquanto eu era residente eu ia reivindicar isso, hoje como preceptor tenho que mediar isso, e ver se isso realmente é possível ou não. E nem sempre era possível atender, esse exemplo ou outro. E era um conflito, porque por mais que você falasse: vai tirar a tua folga; mas espera aí eu não sou um colega de trabalho dele, agora ele está sob a minha supervisão...E era difícil conseguir mediar esses conflitos porque a gente quando estava na residência também se mobilizava para reivindicar, e agora eu pensava: mas agora eu estou do outro lado. E a forma de agir deveria ser de outra forma. E vinha o conflito: mas eu já fui residente, já agi dessa forma, mas será que era o certo agir dessa forma?" EB1

Para Schön 2000, quando aprendemos a realizar alguma atividade estamos preparados para executar seqüências fáceis de tarefas, reconhecimento, decisão e ajuste, sem ter necessariamente que pensar a respeito, pois o ato natural de conhecer-na-ação (conhecimento tácito) normalmente nos possibilita dar conta de nossos afazeres. Entretanto, diariamente acontecem surpresas agradáveis e desagradáveis que não estavam em nossas

expectativas, e a essas ações podemos responder de duas formas: ignorando-as ou refletindo sobre ela¹³.

A reflexão engloba meditar sobre um acontecimento recente; pensar o que fazer durante a execução, incluindo nesse processo uma discussão sobre o significado e o valor ético das ações; e, posteriormente, ponderar a coerência dos caminhos escolhidos à luz dos fins pretendidos¹⁴.

Sintetizando trabalhos de diversos estudiosos sobre essa reflexão, Medina, em 1999, identificou três momentos essenciais para o processo de reflexão compartilhado por todos eles: 1- conflito entre os sentimentos e conhecimentos aplicados a uma situação e a situação; 2- questionamento dos sentimentos e conhecimentos; 3- modificação da compreensão da situação.

A primeira fase do processo reflexivo se inicia quando tomamos consciência que em determinada situação o conhecimento que estamos aplicando não é suficiente, não se amolda naquela situação, Schön denomina isso como experiência de surpresa. Na segunda fase, ocorre uma análise construtiva da situação, envolvendo uma revisão dos sentimentos e acontecimentos que foram despertados. Nesse momento, se faz uma contraposição do conhecimento disponível por meio da elaboração de compreensões específicas durante o próprio processo de atuação. Na terceira fase inicia a construção de uma nova visão ou perspectiva da situação em termos de aprendizagem¹⁴.

A três fases descritas se distinguem apenas para efeitos de análise, mas se apresentam integradas em um processo complexo¹⁴, e podem ser facilmente comparadas ao processo reflexivo do entrevistado, pois o mesmo se viu em uma situação inesperada, que gerou um conflito de sentimentos e conhecimentos, para aí então começar a contrapor esses conhecimentos e sentimentos, e por fim elaborar uma nova perspectiva sobre aquele assunto.

Dores e delícias de ser preceptor

Nessa categoria foram agrupados os relatos de dificuldades e fragilidades dos preceptores e também as potencialidades e prazeres relatados por eles enquanto exercem a preceptoria.

Uma dificuldade específica do preceptor NASF, e comentada por todos os entrevistados, foi o distanciamento do residente que o processo de trabalho do NASF os obriga a manter.

Observando os relatos a seguir podemos perceber que esse distanciamento impossibilita o acompanhamento do residente, identificação de dificuldades, e até mesmo impossibilita possíveis atritos, o que não propicia ao residente e ao preceptor a necessidade de aprender a lidar com a questão relacional preceptor-residente.

"Eu acompanho ele (residente) muito mais de longe do que de perto, mas a gente se comunica muito por e-mail, por telefone, visita e atendimento individual é muito pouco, muito pouco mesmo" NASF7

"E a dificuldade para a gente do NASF é essa questão de compatibilizar o horário, de não estar tão próximos, de não acompanhar muitas coisas. As vezes acontecia algumas situações na Unidade que a gente acabava sabendo por outro preceptor, então era mais difícil a gente conseguir mediar essas situações e poder identificar as dificuldades e o que o residente tem de potencial. Acho que é mais isso, o tempo e o contato mais longe que se tem no NASF." NASF5

"O mais difícil eu acho que é por ser NASF. Como a gente não está na UBS o tempo todo esse distanciamento do residente dificulta, e a gente tem que estar sempre atento a e-mail, telefone para não falhar com o residente, para não deixar o residente sem resposta. Você me perguntou se a gente tinha uma supervisão semanal fixa, a gente já teve ano passado, mas durante a semana surgiram demandas que ela queria discutir comigo e quando ela encontrava comigo já tinha esquecido, já tinha passado, já tinha vindo outras demandas, então o fato de eu não estar o tempo todo com eles dificulta a própria supervisão e o auxílio que você dá, a própria preceptoria em si, você acaba não conseguindo preencher tudo o que o residente precisa porque você está ausente. Então essa ausência nossa, esse distanciamento que a gente tem em relação ao residente, é muito ruim." NASF4

Diante dessa situação de distanciamento que o processo de trabalho do NASF provoca os preceptores demonstraram algumas angústias, como por exemplo, o fato de sentirem que a formação está sendo prejudicada, por se responsabilizarem por alguém sem poder estar perto para acompanhar, e até mesmo fazerem alguns tipos de cobranças sem que possam verificar se estão sendo realizadas ou não:

"Essa supervisão a distância deixou muito a desejar, isso com certeza prejudicou um pouco a formação deles, e também leva

a frustração do preceptor, que queria estar mais próximo e não consegue." NASF3

"Acho que um dos desafios que eu não coloquei é isso, quando a gente é o profissional do serviço a gente faz as coisas, sabe o que está fazendo, assume, quando é o residente a gente assume junto mas não foi a gente que tomou aquela postura, então tu tens que estar sempre em um processo de mediação." NASF5

"Como que eu vou cobrar algo (horário de trabalho), sendo que eu não estou lá" NASF6

Compilado a isso, os entrevistados demonstraram muita insatisfação com a falta de valorização, seja por não terem incentivo financeiro para exercerem a preceptoria ou reconhecimento de seu trabalho "duplo", por parte da gestão do município.

"E não tem bolsa, tem um documento onde tem as funções do preceptor, do residente...que fala sobre o recebimento de bolsa....e lá diz claramente, que não há pagamento de bolsa de preceptoria. Os residentes recebem a bolsa, o preceptor não, porque já está dentro dos serviços do preceptor, só que na verdade não está, tanto que eu só faço isso aqui nesta Unidade, meus colegas das outras Unidades não exercem preceptoria." NASF7

"O ruim é que não temos valorização do papel de preceptor, quando você assume um cargo de preceptoria, seja de residência, de médico ou seja lá o que for a gestão não vê isso com bons olhos, parece que você está querendo matar serviço, ainda não é bem visto pela gestão, no sentido positivo. A gestão não entende essa importância de estar recebendo aluno de graduação ou de pós...E de que forma a gente sente isso na prática: não tendo liberação de carga horária para preceptoria, não tendo respaldo da gestão para eventos voltados à preceptoria ou atividade de preceptoria mesmo, quando a gente arranja um tempo para estar com o residente parece que a gente está fazendo uma coisa ilegal, errada, a gente se sente assim." NASF4

"Outra grande dificuldade que eu tive foi quando que eu estava com esses 20 e poucos alunos (entre graduandos, alunos PET-Saúde e residentes) e começou a surgir avaliação do nosso processo de trabalho, e avaliação de produtividade, e tinha reuniões que eles iam mostrar a minha produção que tinha começado muito bem, de repente cai, e o que está acontecendo? E essa avaliação estava na frente de todos os teus colegas de trabalho, e ninguém veio perguntar para mim o que estava acontecendo antes de

publicar isso. Isso começou a gerar muita polêmica, muito conflito. De eu ligar para a Coordenação de Saúde Bucal e dizer: como é que é? Vocês colocam aquela montoeira de alunos, e eles: mas você tem uma bolsa (do PET), e eu disse: mas é obvio que a produção vai cair." EB1

Outra questão que os preceptores relataram como sendo dificultosa foi a falta de embasamento para as ações pedagógicas exercidas por eles durante a atividade de preceptoria. Eles sentem dificuldades em agir em certas situações e não ter certeza se estão agindo da forma correta ou não, além disso, o fato de o aluno/residente ser um profissional já graduado, assim como ele, gera um certo desconforto no momento de fazer alguma crítica, mesmo que construtiva:

“Não me senti (professora), mas em algum momento tu tens que ser, e é isso que mais pega. Em que momentos? Como fazer isso? A nossa relação é muito horizontal, apesar que tem momentos que eu vou ter que ter outra postura. E que momento que vai ser esse? Como que vai ser isso? Então com o tempo a gente vai pegando essas manhas. Hoje eu já sei um pouquinho mais, e digo: “Não é por aí, não, vamos fazer dessa forma”. E como falar também essas coisas? Eu fico receosa porque é uma profissional que está ali comigo. É diferente de um estagiário de graduação” NASF6

“Mesmo tendo curso para preceptoria e tendo feito a residência não é uma função muito fácil de desenvolver, pela questão pedagógica que a gente não tem muito manejo de como mediar os conflitos. Porque o preceptor também está na prática, também tem que tocar a assistência, também tem as suas equipes ou a sua área para dar conta, então acho que esse processo de qualificar pedagógico é um pouco dificultado.” NASF5

“Eu dava conta, mas eu acho que tinha que avançar muito ainda. Porque era uma coisa muito empírica, sem embasamento, sem a parte pedagógica, formal, por isso a questão da capacitação. A gente fazia uma coisa muito do nosso jeito, mas se era a melhor metodologia, se era a melhor forma de gerar conhecimento pro aluno a gente não sabia.” NASF3

Para exercer a preceptoria os profissionais de saúde devem ter um preparo pedagógico permanente, com domínio dos conteúdos fundamentais proporcionados pela instituição formadora, destacando o ensino prático-reflexivo como possibilidade de união entre os dois mundos, da educação e do

trabalho, onde a prática e a pesquisa passam a ser condição para a sua realização¹⁷

Entre os pontos positivos da Residência está a renovação que ela traz para o serviço. A presença do residente na UBS traz reflexões, novas propostas de atuação, porque os profissionais de saúde, devido à grande demanda, findam por se acomodar com a rotina do dia-a-dia, e se preocupam muito mais com o “fazer”, transformando seu processo de trabalho em algo quase automático, do que com o “pensar”. Pode-se perceber nos relatos a seguir:

"A Residência trouxe um novo gás para quem está na rede. Eu acho que ficar só no atendimento é “emburrecedor”, você liga o piloto automático e nem pensa mais. E a preceptoria trouxe esse resgate, você sai do piloto automático, pode pensar e repensar todo o seu processo de trabalho, pode fazer ajustes, e tu vais mostrar para o residente o que funciona, o que não funciona ainda, e o que pode vir a funcionar se tiver um profissional bem engajado e comprometido com o que ele está fazendo." NASF8

“É o contato com o residente, é o gás que o residente tem pela mudança, porque quando a gente está no serviço a gente tem a tendência de ir meio que se acomodando. E o residente traz a novidade, traz a coisa boa e faz com que a gente esteja sempre refletindo sobre o processo de trabalho e cada residente que chega vem com uma ideia nova e traz inovações para o serviço. Ao meu ver uma das melhores coisas é essa inovação, e não só essa inovação para o serviço como um todo, mas essa inovação do próprio preceptor, porque ele tem que estar sempre atualizado sempre resgatando aqueles princípios." NASF4

Para Schön¹³ é comum que os profissionais à medida que entrem em contato com o seu trabalho e se habituem com ele sejam levados a se distanciar da *reflexão na e sobre a ação*. Esse movimento é comum devido a vários fatores, entre eles a própria demanda de serviço que é alta, mas os entrevistados reconhecem que a presença dos residentes os estimulam a refletir e com isso muitas vezes modificam e melhoram sua prática, o que mostra que a Residência também traz desenvolvimento e melhora para o serviço. A Residência é uma via de mão dupla, ao mesmo tempo que o serviço contribui para o ensino de profissionais qualificados, o ensino desses profissionais contribui para o aperfeiçoamento do serviço.

Outro ponto positivo foi o de poder contribuir com a formação do residente. Os participantes do estudo relataram que

ver a evolução do residente, desde quando ele entrou no curso, e acompanhar as mudanças ocorridas até o momento de sua formatura é recompensador, e causa muita satisfação:

"E eu acho gratificante estar colaborando com a formação. Quando a gente vê a residente dizer: que legal que foi o teu atendimento, que legal que foi aquela visita." NASF6

"Eu acho que o mais prazeroso é ver o crescimento do residente, o quanto ele chega mais imaturo para as questões da Saúde Coletiva e até mesmo para as questões profissionais específicas, principalmente quando vem recém-formado, quando a graduação não deu oportunidade para ele fazer mais prática. Então acho que o mais prazeroso é esse crescimento do residente, da formação que a gente vai vendo como ele entra e como ele sai da residência." NASF5

Conflitos do mundo do trabalho com o mundo da escola.

Na última categoria foram agrupadas as falas que fazem referência a ações e pensamentos crítico-reflexivos na preceptoria, mas também aqueles que vem de encontro com esse tipo de raciocínio.

As falas relatando uma prática reflexiva apareceram com menor frequência, mas não foram ausentes. Alguns preceptores relataram estimular a reflexão por meio do incentivo a busca de respostas em livros e artigos, ao invés de continuar no "achismo" ou apenas reproduzir o que os professores da graduação ensinaram, sem questionar. Outros, se preocupavam com a devolução dos questionamentos feitos a eles pelos residentes, para provocar uma reflexão sobre a dúvida antes de responderem. Conforme os exemplos abaixo:

"Então na verdade eu faço as duas coisas, trago experiências prática (passadas) e também procuro falar da teoria. Muitas vezes eu não dou a resposta quando elas vêm com um questionamento direto, do que fazer, eu levo a pergunta de volta: o que você acha que tem que fazer? Aí elas respondem e eu digo: é isso mesmo, ou então: não é assim, se você fizer isso o que que vai acarretar? A gente pode fazer de uma forma melhor? Enfim, eu tento fazer elas pensarem. As vezes elas falam que eu faço isso até demais. Eu sempre procuro nesse sentido, de fazer pensar: porque você está fazendo isso? Porque você tomou essa conduta? Porque eu aprendi assim não é a resposta que tem que me dar, e sim: estou fazendo assim porque está com tal situação e isso vai acarretar em tais

coisas. Eu tento fazer pensar, porque na graduação a gente não é ensinado a pensar e só a fazer, e tem que saber o porquê está fazendo, porque se alguém te perguntar tu não ficas com cara de pateta." EB2

"Mas tinha alguns momentos que o outro residente até falava: não faz isso comigo, me ajuda. E aí eu falava: mas você já pensou? Ele chegava e falava: o que tu achas que eu faço? Aí eu falava: eu que te faço essa pergunta. O que tu achas que tu tens que fazer? E muitas vezes ele trazia respostas que nem eu tinha pensado. E assim era possível com o que eu imaginava que poderia ser feito e com o que ele acreditava, e aí a gente tentava discutir junto e ver qual seria a melhor conduta." EB1

Para Schön¹³ a base da reflexão está em uma visão construcionista da realidade do profissional que é capaz de confrontar situações problemáticas e encontrar não apenas uma única solução para um problema específico, mas sim de imaginar várias possibilidades. A aprendizagem precisa de uma fase de confusão, que não pode ter como resposta apenas uma única solução, pois nesse caso não haveria espaço para a "confusão", e sim para o saber de um professor que detém o conhecimento que o aluno deve aprender¹³.

Com menor intensidade também, mas não inexistentes, foram as falas demonstrando reflexão sobre a sua própria prática:

"Eu lembro que com o primeiro residente teve um dia que eu falei para ele que assim ó: ou você faz isso dessa forma, ou desse jeito não vai dar mais para você trabalhar comigo. Porque ele tinha uma dificuldade de cumprir horário. Mas depois eu fiquei pensando será que precisava ter sido feito dessa forma, da forma como eu falei? Porque eu fui extremamente grosseiro, e aí você começa a avaliar. A segunda residente também tinha problemas com horário, mas aí tu começa a perceber, precisa ser dessa forma o jeito de lidar, de chamar atenção da pessoa?" EB1

Em poucos relatos pode ser identificado os três processos reflexivos descritos por Schön em 1995: reflexão na ação, reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação¹⁸. Apesar desses processos serem integrados, foi possível observar em alguns poucos relatos esse tipo de reflexão, como no exemplo acima, onde após acontecer a ação o preceptor questiona a sua atitude (reflexão sobre a ação).

Mais comumente apareceram relatos demonstrando refletir sobre sua prática, e diversas vezes modifica-la a partir dessas reflexões, como na fala a seguir:

"Mas a gente vai amadurecendo, vai repensando na prática, vai pensando na preceptoria, como é que você fazia antes que não vai fazer de novo, que você não quer repetir." NASF1

Outro exemplo de prática reflexiva se refere ao relato de um preceptor(a) que valoriza outros tipos de conhecimento que não o conhecimento técnico de sua área específica, e tanta trabalhar a reflexão sobre esse assunto com os residentes com o objetivo de ampliar o olhar para além da técnica:

"A gente não vê muita resposta positiva, por exemplo, a gente não vê muitos pacientes emagrecendo com as nossas orientações, mas e daí? E se ele melhorou outros aspectos com a minha intervenção na vida dele já está bom. É esse olhar ampliado que eu acabo trabalhando com os residentes, porque senão vira uma bola de neve essa angústia, e vai angustiando cada vez mais, porque o saber técnico sempre tem que sobressair, e aí eu digo: espera lá, não é assim, a academia coloca que é o técnico, mas não, as vezes não é o saber técnico que vai solucionar isso e sim a forma que você lida. E aí indiretamente você acaba atingindo aquele paciente naquela técnica que você quer. Se você responde a demanda familiar ou emocional dele você acaba refletindo na saúde física e clínica dele." NASF4

Esse tipo de reflexão é denominado reflexão prática, e esse processo orienta a interpretação e a compreensão do mundo e da vida, e a prática do ensino de Ciências da Saúde analisadas através deste método de reflexão tenta clarear hipóteses, expectativas e preconceções, e princípios que controlam as ações. O objetivo final da reflexão prática é determinar a conveniência dos propósitos e finalidades da ação a luz da experiência pessoal, seu valor moral, e a compreensão do contexto¹⁴.

Usando como exemplo a qualidade de vida, uma reflexão prática não estaria muito preocupada em aplicar regras ou protocolos que a investigação médica disponibiliza para alcançar a qualidade de vida como seria orientado um pensamento instrumental com interesse técnico¹⁴. Mas sim em fazer o questionamento de ser ou não possível emitir juízo de valor sobre a qualidade de vida de outra pessoa. Pois qualidade de vida é um conceito social e historicamente construído, e não se manifesta de forma homogênea em todas as pessoas¹⁴.

Esse tipo de reflexão, prática, mostra o processo reflexivo sendo levado para além da reflexão técnica. Ao invés de apenas questionar o residente sobre o que ele pensa sobre o possível diagnóstico para o caso em questão, onde seriam considerados apenas os protocolos encontrados em livros, transcender a reflexão técnica, passando pela questão da necessidade do paciente, ou até mesmo dos efeitos benéficos que uma conversa, uma escuta qualificada, ou apenas a qualidade da atenção dispensada a ele pode vir a fazer na vida daquele paciente. Superando assim, o pensamento tradicional de que o dentista só pode cuidar dos dentes e o nutricionista do peso, mas que podem ajudar-se mutuamente, o dentista preocupando-se com o peso e o nutricionista com a saúde bucal, sabendo que assim, podem indiretamente estar resolvendo o problema de sua área específica, ou não, pois isso não tem importância, o importante é a saúde global do paciente, e a sua necessidade.

Conclusões:

No meio do “cenário ideal” os protagonistas dessa história são os preceptores, que acolhem e ensinam os residentes ao mesmo tempo que precisam dar conta da demanda do serviço. Simultaneamente convertem seu local de trabalho em um cenário de aprendizagem para si também, e cedem esse palco para que se construa algo novo, considerando as opiniões, experiências e os conhecimentos de todos os envolvidos: residentes, preceptores e tutores.

Os preceptores, apesar de passarem por diversas dificuldades, entre elas, a alta demanda do serviço, e falta de apoio para exercer a preceptorial se mostraram bastante dispostos a “aprender a aprender” a fim de realizar um bom trabalho na formação dos residentes, pois acreditam que esse tipo de curso é um diferencial na formação de recursos humanos para o SUS.

Com relação ao preparo pedagógico, este precisa ser melhorado, visando à formação crítico-reflexiva. Muitos preceptores não escolheram ser preceptores e alguns até então não tinham contato com o meio acadêmico desde que saíram da graduação. Além disso, muitos deles se mostraram inseguros na questão de estarem ou não realizando a preceptorial de forma adequada.

Certamente diversas questões precisam ser melhoradas, pois a educação é um processo, que nunca termina, está sempre em

constante transformação e melhora. O estudo aponta que, de uma forma geral os preceptores estão realizando um trabalho profícuo, e segundo eles, gratificante, de construção do conhecimento, prezando por relações horizontais e dialógicas, contribuindo assim para a formação em saúde, em suas dimensões técnica, ética, política e estética, consoante com o SUS.

Referências:

1. SOUZA, HM Programa Saúde da Família: Entrevista. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.53, n.especial, dez.2000. 7p
2. SUCUPIRA, ACSL; PEREIRA, A. A preceptoría na residência em Saúde da Família. Sanare. Ano 5. N.1. Jan.Fev.Mar. 2004.
3. BRASIL. Ministério da Educação. CNE Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002. Brasília 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
4. CECCIM RB 2005. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ 9(16):161-168.
5. FREIRE P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996
6. SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Qualitative study of the teaching-service integration in an undergraduate Dentistry course. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.39, p.1071-84, out./dez. 2011.
7. MILLS JE, FRANCIS KL, BONNER A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. Rural Remote Health 2005;5(3):410.
8. CARCERERI, D. L.,MEDINA MOYA, J.L. La enseñanza de la Odontología a partir de la mirada del docente universitario: un estudio multicéntrico Brasil-España. Projeto de pesquisa apresentado à Faculdade de Odontologia da Universitat de Barcelona. Barcelona, 2013. 15 p.
9. YIN, R. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.
10. MINAYO, MCS (Org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
11. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer

CNE/CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001, sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.

12. BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução nº5 de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>.

13. SCHÖN D. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Trad: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2000.

14. MEDINA, J. L. Fundamentos de la educación en enfermería. Barcelona, 1999.

15. CORNBLETH C. (1990). La persistencia del mito en la educación del profesorado y en la enseñanza. In T. Popkewitz (Ed.), Formación del profesorado. Tradición, teoría, práctica (pp. 170-192). Valencia: Servei de publicacions de la Universitat de Valencia.

16. REIBNITZ K S, PRADO M L. Inovações e educação em enfermagem. Florianópolis. Cidade Futura. 2006.

17. SCHÖN D. La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós, 2001.

18. SCHÖN, D. Formar professores como profissionais reflexivos. In: Nóvoa, António, “Os Professores e sua Formação”. Portugal (Lisboa): Publicações Dom Quixote, 1995 (2.a edição).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação de profissionais de saúde deve ser entendida como algo mais complexo do que um processo de aprendizagem profissional através de práticas objetivas de ensinar. Na verdade, é um processo que através de mecanismos ocultos e implícitos ajuda a criar e legitimar formas de consciência nos estudantes, e estes recriam e legitimam as relações de poder. Relações, as quais, instituições hegemônicas sustentam seu prosseguimento (MEDINA,1999).

Erroneamente se acredita que a produção do conhecimento prático-teórico seja privilégio do ensino e das pesquisas realizadas em Universidades. Sem retirar o mérito dessas instituições é necessário pensar que foge do alcance das mesmas recriar o cenário do mundo do trabalho.

Nesse contexto, os cursos de Residências Multiprofissionais em Saúde, no quesito qualidade de ensino são o palco ideal para ações de ensino-aprendizagem, visto que combinam o dia-a-dia do serviço dos preceptores com a expertise dos profissionais da academia, os tutores. Ademais, a Residência é uma via de mão dupla, ao mesmo tempo que o serviço contribui para o ensino de profissionais qualificados, o ensino desses profissionais contribui para o aperfeiçoamento do serviço como um todo.

No meio deste “cenário ideal” os protagonistas dessa história são os preceptores, que acolhem e ensinam os residentes ao mesmo tempo que precisam dar conta da demanda do serviço. Simultaneamente convertem seu local de trabalho em um cenário de aprendizagem para si também, e cedem esse palco para que se construa algo novo, considerando as opiniões, experiências e os conhecimentos de todos os envolvidos: residentes, preceptores e tutores.

O palco da realidade é desafiador e o preceptor/protagonista precisa de apoio para realizar sua função. Por isto é importante a integração ensino-serviço, em que diferentes olhares contribuem para o aprender-fazendo. A instituição formadora tem a função de apoiar o preceptor, principalmente na figura do tutor que caminha lado a lado com o preceptor.

Nos bastidores das histórias que se passam por lá existem muitas dificuldades, como a falta de preparo adequado para exercer esse papel, e então é preciso improvisar; falta de espaço, de tempo e de reconhecimento e incentivo para tantos improvisos, e então é

preciso lutar; e até mesmo embates com colegas que não compartilham da mesma visão sobre o ensino, e então é preciso defender.

Todos esses movimentos foram identificados nos relatos, e até mesmo nas expressões faciais e gestos durante as entrevistas. Apesar de muitos não terem escolhido esse papel de preceptor, a grande maioria realmente “veste a camisa” da Residência em busca de uma formação com melhor qualidade, e dia-a-dia tenta dar o melhor de si. E em contrapartida, tem a oportunidade de repensar e reconstruir o seu processo de trabalho, sair da rotina trazida pela demanda do serviço, participar de reuniões e cursos na Universidade, conhecer pessoas com diferentes pensamentos e jeitos de ser, e ver o crescimento pessoal e profissional de seu residente.

Certamente o caminho é longo, pois no cenário ensino-aprendizado nada é imutável, tudo está sempre sendo recriado, modificado, e melhorado, e a preceptoria não deixa de ser diferente, está seguindo o fluxo das modificações a fim de recriar o profissional tradicional numa metamorfose constante até o crítico reflexivo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. Higer education and health care in Brazil. **Lancet**. 2011; 377 (9781): 1898-900.
- ARAÚJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 277-290.
- Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. **Nurse Educ Today** 1991;11(3):225-229.
- BARRETO, V. H. et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.
- BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27.833.
- BRASIL. Constituição Federal. 1988.
- _____. Ministério da saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília; 1994
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001, sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.
- _____. Ministério da Educação. CNE Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE-CES 3**, de 19/02/2002. Brasília 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
- _____. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília, 2005
- _____. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf Acesso em: 19 Mar. 2014.
- _____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção CONASS**

Progestores para entender a gestão do SUS. v.8, ed.1, Brasília, 2007

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica.** 2011. Disponível em: <
[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 17/09/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). **Resolução nº2 de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. Brasília, DF. Disponível em:
<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm> Acesso em: 20 de março de 2014.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). **Resolução nº5 de 07 de novembro de 2014.** Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>

BOTTI, S.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 32. n. 3, p. 363-373, 2008.

BOTTI, S. H. de O. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.** v.11, Supl. 1, p. 102-106, 2012.

CAMPOS GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** 1999;15(1):187-93.

- CARCERERI, D. L. Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área da Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Santa Catarina. 2005. 218f. **Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)** – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- CARCERERI, D. L., et al. Formação em Odontologia e interdisciplinaridade: o Pró-Saúde da UFSC. **Revista ABENO**, v. 11, n. 1, p. 62-70, jan/jun, 2011.
- CARCERERI, D. L., MEDINA MOYA, J.L. La enseñanza de la Odontología a partir de la mirada del docente universitario: un estudio multicéntrico Brasil-España. **Projeto de pesquisa apresentado à Faculdade de Odontologia da Universitat de Barcelona**. Barcelona, 2013. 15 p.
- CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006. 264p.
- CECCIM RB 2005. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 9(16):161-168.
- CIAMPONE MHT, PEDUZZI M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enfermagem** 2000 dezembro; 53(especial):143-7
- CORNBLETH C. (1990). La persistencia del mito en la educación del profesorado y en la enseñanza. In T. Popkewitz (Ed.), **Formación del profesorado. Tradición, teoría, práctica** (pp. 170-192). Valencia: Servei de publicacions de la Universitat de Valencia.
- CUNHA MI. **O professor universitário na transição de paradigmas**. Araraquara:J.M. Editora; 1998.
- DA ROS, M.A. ; VERDI, M.I. ; **CARCERERI, D. L.** ; SILVESTRE, H.F. . Residência Multiprofissional - desafios de implantação. In: João José Neves Marins; Sérgio Rego. (Org.). Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. 01ed.sao paulo: hucitec, 2011, v. 01, p. 304-328.
- FERREIRA, E. F., et al. Travessia a caminho da integralidade: uma experiência do curso de Odontologia da UFMG. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 85-91.
- FORTUNA CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades. **[dissertação]**.

Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra; 1996

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010

HADDAD, E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45 (Esp. 2):1803-9

LEONARDOS, A. C.; GOMES, C. A.; WALKER, R. K. Estudos de caso aplicado às inovações educacionais: uma metodologia (edição reformulada). **Série Documental: Inovações**, n.4, p. 1-24, jul. 1994.

MARCON, D. **Construção do conhecimento pedagógico do conteúdo dos futuros professores de educação física**. Tese Doutorado de Daniel Marcon. Universidade do Porto, Portugal, 2011. 525p.

MASETTO, M. T. Um Paradigma interdisciplinar para a formação do cirurgião-dentista. In: **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p.31-50.

MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: **Instituto de Medicina Social**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p. 39-64, 2001.

MEDINA, J. L. **Fundamentos de la educación en enfermería**. Barcelona, 1999.

MEIRINHOS, M; OSÓRIO, A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação(2010). **EduSer: revista de educação**. 2:2, p. 49-65

MELLO, A. L. S. F.; MOYSES, S. J.; CARCERERI, D. L. Ensino ou Serviço? A Universidade e o curso de Odontologia na rede de atenção à saúde bucal. **O Mundo da Saúde (CUSC. Impresso)**, v. 35, p. 00-00, 2012.

MILLS JE, FRANCIS KL, BONNER A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural Remote Health** 2005;5(3):410.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
- MINAYO, MCS (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- MORIN, E. **A cabeça bem feita**. São Paulo: Cortez, 1999. 128 p.
- MORITA, M. C.; KRIEGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2003.
- MOYA, J. L. M. Fundamentos de la educación en enfermería. Barcelona, 1999.
- MOYSÉS, S. J. A humanização da educação em Odontologia. **Pro-Posições/UNICAMP**, v. 14, n. 1, p. 40-74, 2003.
- PERES, A. C. O. ; MELLO, M. S. N. ; MELLO, A. L. S. F. ; CARCERERI, D. L. . Integração ensino-serviço UFSC-SMS: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na gestão de serviços de saúde bucal.. **Espaço para a Saúde (Online)**, v. 15, p. 502-508, 2014.
- RABELLO SB, CORVINO MPF. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Odonto**. 2001; 58:266-7.
- REGO, S. A prática na formação médica: os estágios extracurriculares em questão [dissertação]. Rio de Janeiro: **Instituto de Medicina Social**, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.
- REIBNITZ K S, PRADO M L. **Inovações e educação em enfermagem**. Florianópolis. Cidade Futura. 2006.
- SCHÖN, D. **Formar professores como profissionais reflexivos**. In: Nóvoa, António, “Os Professores e sua Formação”. Portugal (Lisboa): Publicações Dom Quixote, 1995 (2.a edição).
- _____. **D. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Trad: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- _____. **D. La formación de profesionales reflexivos**. Barcelona: Paidós, 2001.
- SHULMAN, L.S. (2005) Conocimiento y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado**, 9(2), 1-31. (Publicado originalmente em *Harvard Educational Review*, 57(1), 1987, pp. 1-22.

- SHULMAN, L.S. Those who understand: knowledge growth in teaching. **Educational Research**, 15(2): 4-14 – 1986.
- SILVA J.A.M, PEDUZZI M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc [Internet]**; 20(4):1018-32. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/18.pdf>
- SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Qualitative study of the teaching-service integration in an undergraduate Dentistry course. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.1071-84, out./dez. 2011.
- SOUZA, HM Programa Saúde da Família: Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.53, n.especial, dez.2000. 7p
- SUCUPIRA, ACSL; PEREIRA, A. A preceptoria na residência em Saúde da Família. **Sanare**. Ano 5. N.1. Jan.Fev.Mar. 2004.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.
- VICTORA CG, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**. 2011; 377(9782):2042-53.
- YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

8 APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Neste primeiro momento gostaria de conhecer sua trajetória profissional, poderias fazer um breve relato? (Como descreverias as principais motivações que te levaram a ser preceptor?)

2. Como você desenvolve suas atividades de preceptoria? Conte-me um pouco do teu dia a dia.

3. Quais aspectos consideras mais difíceis desta tarefa? E quais consideras mais prazerosos? Por quê?

4. Como percebes tua atividade enquanto preceptor ao longo dos anos? Sobre a relação com os alunos, com os demais colegas preceptores?

5. Como você percebe sua preparação para exercer a preceptoria?

**APÊNDICE B – TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA
CATARINA
e-mail: pppo@contato.ufsc.br**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

O projeto de pesquisa intitulado: ***A PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: SABERES DO ENSINO E DO SERVIÇO*** é desenvolvido pela mestrandia em Odontologia em Saúde Coletiva **Marina Steinbach** (RG nº: 5001199 - SSP/SC - CPF nº: 05235994981). Trata-se de pesquisa em Saúde Coletiva pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Odontologia em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Daniela Lemos Carcereri (pesquisadora responsável). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número 829.000.

A pesquisa tem como **objetivo principal** compreender de que forma os preceptores das UBS desenvolvem sua função de preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde. Para tanto o **procedimento** usado será entrevista individual composta por questionamentos abertos, que serão respondidos em horário conveniente por cada um dos preceptores que concordar em participar do estudo. As entrevistas serão registradas em gravador digital e por escrito.

Os **possíveis riscos** oferecidos nesta pesquisa são: desconforto ao participar da entrevista e possível constrangimento em caso de identificação do participante que, no entanto, tem o sigilo garantido pelas pesquisadoras. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar

em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo e observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para possíveis intervenções pedagógicas com o objetivo de melhorar o processo educativo de futuros residentes, bem como a identificação de potenciais e fragilidades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Eu.....
, fui informado (a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que autorizei a gravação da minha entrevista em aparelho digital. Estou ciente de que participações em pesquisa não podem ser remuneradas e que minha participação no estudo pode ser interrompida a qualquer momento se assim eu o desejar, sem nenhum tipo de prejuízo. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo e concordo com a participação no mesmo. Por fim, declaro que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 2014.

Em caso de necessidade, contate com: Marina Steinbach.

Endereço: Rua Capitão Savas, 337. Itaguaçu -
Florianópolis/SC.

Telefone: (48) 9662-1889. E-mail:
marina.sbach@gmail.com

APÊNDICE C – QUADRO DE CATEGORIAS



